

Conhecimento e Diversidade em Psicologia: Abordagens Teóricas e Empíricas 2

Tallys Newton Fernandes de Matos
(Organizador)



Conhecimento e Diversidade em Psicologia: Abordagens Teóricas e Empíricas 2

Tallys Newton Fernandes de Matos
(Organizador)



2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Geraldo Alves

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof^a Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Prof^a Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^a Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof^a Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

C749 Conhecimento e diversidade em psicologia [recurso eletrônico] :
abordagens teóricas e empíricas 2 / Organizador Tallys Newton
Fernandes de Matos. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF.

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.

Modo de acesso: World Wide Web.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-86002-16-4

DOI 10.22533/at.ed.164200603

1. Psicologia – Pesquisa – Brasil. I. Matos, Tallys Newton
Fernandes de.

CDD 150

Elaborado por Maurício Amormino Júnior | CRB6/2422

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Atualmente, presenciamos constantes mudanças e transformações nos padrões de vida e valores sociais que configuram as diferentes culturas através de desdobramentos na dinâmica do cotidiano. Este cenário, em quase todo o mundo, para alguns historiadores, é caracterizado pelos avanços tecnológicos dos séculos XX e XXI, período descrito como “Era da Informação”. Nessa situação, encontramos diferentes fenômenos e uma diversidade de objetos de estudo para a psicologia. Falamos então de “psicologias” onde o principal do objeto de estudo é o homem, como ser datado, determinado pelas condições históricas e sociais que o cercam. Ou seja, a matéria-prima é o ser humano em todas as suas expressões, as visíveis (comportamento) e as invisíveis (sentimentos), as singulares e as genéricas.

Neste sentido, a coleção “Conhecimento e Diversidade em Psicologia: Abordagens Teóricas e Empíricas 2” é uma obra que tem como foco principal a discussão científica que aborda áreas do conhecimento, como: trabalho, educação, saúde, desenvolvimento humano e sociedade. Tais artefatos se configura de forma interdisciplinar através de estudos teóricos e revisões de literatura. Com isso, objetivo central desta obra é apresentar um recorte da diversidade e construção histórica de forma categorizada e clara de estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa do país.

A obra “Conhecimento e Diversidade em Psicologia: Abordagens Teóricas e Empíricas 2” apresenta construções teóricas fundamentadas em padrões científicos e empíricos através da comunidade acadêmica, com propósito de reconfigurar saberes e práticas que possibilitem avaliação, intervenção, políticas, projetos e programas de atuação, na busca pela conscientização e desenvolvimento individual e coletivo. Tais obras, apresentadas nesta coleção, são fruto de avaliações e exposições de dados em encontros e eventos científicos, selecionados para apresentação através de uma equipe avaliativa que identifica o impacto da obra no meio, e assimilação com diferentes eixos temáticos. Temas diversificados e relevante são tratados aqui como proposta de fundamentar o conhecimento de acadêmicos.

Sabemos o quão importante é a divulgação da produção científica. Para tanto, foi evidenciado o impacto da Atena Editora, e sua capacidade de oferecer uma plataforma consolidada e confiável, para que estes pesquisadores explorem e divulguem seus resultados.

Tallys Newton Fernandes de Matos

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
O TRABALHO COMO FUNDAMENTO DA CONSTRUÇÃO DO SUJEITO	
Tatiéle Cristina Tomba	
Matheus Viana Braz	
Marcos Mariani Casadore	
DOI 10.22533/at.ed.1642006031	
CAPÍTULO 2	6
UM OLHAR SOBRE A CONSTRUÇÃO DE SUBJETIVIDADE NO TRABALHO: NO QUE A FILOSOFIA DA DIFERENÇA PODERIA CONTRIBUIR?	
Maria Letícia de Oliveira Bianchini	
Guilherme Gonzaga Duarte Providello	
DOI 10.22533/at.ed.1642006032	
CAPÍTULO 3	10
A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO COTIDIANO DE TRABALHO EM UM SETOR DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	
Priscila Ferreira de Oliveira	
Sylvia Mara Pires de Freitas	
DOI 10.22533/at.ed.1642006033	
CAPÍTULO 4	24
O ASSÉDIO MORAL CONTRA A MULHER NO TRABALHO NAS ORGANIZAÇÕES	
Juliana de Souza Bonardi	
Marcia Cristina Pigato	
DOI 10.22533/at.ed.1642006034	
CAPÍTULO 5	30
O MODELO GESTIONÁRIO DA APOSENTADORIA	
Priscila Rhanny Bulla	
Guilherme Elias da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.1642006035	
CAPÍTULO 6	36
A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM SITUAÇÕES DE INDISCIPLINA ESCOLAR	
Anicelia Santos Silva Delmonds	
DOI 10.22533/at.ed.1642006036	
CAPÍTULO 7	38
TRANSTORNOS MENTAIS EM ÂMBITO ESCOLAR	
Alexandre Batista Pinho Dantas	
Elza de Souza e Silva	
Edimilson de Oliveira Lavra Junior	
Áquila Valente Appolinario	
DOI 10.22533/at.ed.1642006037	

CAPÍTULO 8	55
POR UMA EDUCAÇÃO QUE NÃO SEJA NADA ESPECIAL	
Adriano Rodrigues Mansanera	
DOI 10.22533/at.ed.1642006038	
CAPÍTULO 9	65
A PINTURA RESSIGNIFICANDO O PATOLÓGICO PARA MERLEAU-PONTY	
Adriano Rodrigues Mansanera	
DOI 10.22533/at.ed.1642006039	
CAPÍTULO 10	72
OS EFEITOS DA PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS	
Mychelle Maria Santos de Oliveira	
Alice Francisca da Conceição Araújo	
Ana Maria da Cruz Sousa Oliveira	
Ana Paula Pereira Cardoso	
Andressa Regina Paulino Costa	
Anna Clara Lima Costa	
Dalila Sipaúba Rodrigues Moura	
Natallice de Sousa Silva	
Pedro Wilson Ramos da Conceição	
DOI 10.22533/at.ed.16420060310	
CAPÍTULO 11	82
DESATANDO OS “NÓS” DO TEMPO: PERSPECTIVAS E ESTUDOS EM PSICOLOGIA DO ENVELHECIMENTO	
Mariele Rodrigues Correa	
Camila Cuencas Funari Mendes e Silva	
Joselene Cristina Gerolamo	
Aline Sabbadini	
DOI 10.22533/at.ed.16420060311	
CAPÍTULO 12	95
UM OLHAR DA PSICOLOGIA SOBRE O ENVELHECIMENTO NA ATUAÇÃO JUNTO A IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	
Aline Sabbadini	
Mariele Rodrigues Correa	
DOI 10.22533/at.ed.16420060312	
CAPÍTULO 13	101
APONTAMENTOS SOBRE AS TEORIAS DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E SUA RELAÇÃO COM OS NOVOS MODOS DE SUBJETIVAÇÃO	
Tatiéle Cristina Tomba	
Marcos Mariani Casadore	
Matheus Viana Braz	
DOI 10.22533/at.ed.16420060313	

CAPÍTULO 14 106

A ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR COMO SUPORTE EMOCIONAL A UM PACIENTE JOVEM HOSPITALIZADO PARA REABILITAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Carolina de Sousa Rotta
Clesmânia Silva Pereira
Eli Fernanda Brandão Lopes
Fernanda Maria Souza Juliano
Irma Macário
Izabela Rodrigues de Menezes
Joelson Henrique Martins de Oliveira
Juliana Galete
Lariane Marques Pereira
Leticia Szulczewski Antunes da Silva
Michael Wilian da Costa Cabanha
Silvana Fontoura Dorneles

DOI 10.22533/at.ed.16420060314

CAPÍTULO 15 113

O USO E ABUSO DE DROGAS NO BRASIL: ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E A DISCUSSÃO EMERGENTE ENVOLVENDO A ESPIRITUALIDADE E A RELIGIOSIDADE

Aline Maria Figueiredo Ko da Cunha
Lívia Figueiredo Pereira
Grazielle Neves Soares
Marconi Moura Fernandes
Luís Paulo Souza e Souza

DOI 10.22533/at.ed.16420060315

SOBRE O ORGANIZADOR..... 124

ÍNDICE REMISSIVO 125

A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO COTIDIANO DE TRABALHO EM UM SETOR DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

Data de aceite: 20/02/2020

Priscila Ferreira de Oliveira

Universidade Estadual de Maringá – <http://lattes.cnpq.br/2194731801584308>
priscilaferreirad.oliveira@gmail.com

Sylvia Mara Pires de Freitas

Universidade Estadual de Maringá – <http://lattes.cnpq.br/4057123879317140>

RESUMO: O estudo que será apresentado ao longo desta exposição se articula aos resultados obtidos pela pesquisa intitulada “Atenção e Gestão Humanizadas aos trabalhadores de um setor de emergência psiquiátrica: um estudo compreensivo acerca de suas vivências”. Este trabalho consistiu em uma pesquisa delineada em metodologia qualitativa e de cunho descritivo-exploratória, realizada a partir do uso de entrevistas semiestruturadas com profissionais de um setor de Emergência Psiquiátrica de um hospital municipal da cidade de Maringá – PR. A pesquisa originária objetivou compreender a vivência de profissionais acerca da atenção e gestão humanizadas, que lhes dão condições para gerir o próprio trabalho. Neste estudo, por seu turno, serão apresentados os resultados de seu primeiro objetivo específico: investigar como os trabalhadores compreendem a Política Nacional de Humanização (PNH) e os processos

de humanização no trabalho. A partir da análise compreensiva das entrevistas obteve-se como resultado que os trabalhadores compreendem a PNH a partir de crenças individualizantes, naturalizantes e a-históricas. Conclui-se, a partir disso, que, para que os princípios de autonomia e cogestão sejam instrumentos de efetivação da humanização no trabalho, a PNH não deverá ocupar o lugar estático do dever-fazer.

PALAVRAS-CHAVE: humanização. políticas públicas. gestão em saúde. democracia.

THE NATIONAL POLICY OF HUMANIZATION IN DAILY WORK IN A PSYCHIATRIC EMERGENCY SECTOR

ABSTRACT: The study that will be presented throughout this exhibition is articulated to the results obtained by the research entitled “Humanized attention and management to the workers of a psychiatric emergency sector: a comprehensive study about their experiences”. This work consisted of a research outlined in qualitative methodology and descriptive-exploratory in nature, carried out from the use of semi-structured interviews with professionals from a Psychiatric Emergency sector of a municipal hospital in the city of Maringá – PR. The originary research aimed to understand the experience of professionals about humanized care and management, that give them conditions

to manage their own work. In this study, in turn, will be presented the results of its first specific objective: to investigate how the workers understand the National Policy of Humanization and the processes of humanization at work. From the comprehensive analysis of the interviews, it was obtained as a result that the workers understand the National Policy of Humanization based on individualizing, naturalizing and ahistorical beliefs. It is concluded, from this, that, in order for the principles of autonomy and co-management to be instruments of effectiveness of the humanization at work, the National Policy of Humanization should not occupy the static place of the ought-to-do. **KEYWORDS:** humanization. public policies. health management. democracy.

INTRODUÇÃO

As reflexões ora apresentadas derivam das experiências vivenciadas por uma das autoras do presente trabalho, como residente no campo da Saúde Pública, a partir do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde na Atenção à Urgência e Emergência – criado conforme promulgação da Lei nº 11.129 de 2005 e instituído por meio da Portaria Interministerial nº 1.077 de 2009. A passagem por distintos serviços das redes de Saúde Mental e de Atenção à Urgência e Emergência, por meio deste programa de formação, revelou um espaço institucional complexo e rico: o setor de Emergência Psiquiátrica (EP). Neste local, foi possível entrar em contato com demandas de alta complexidade e crônicas, com situações de crise, dores psíquicas e psicossociais agudas e pungentes, além de mazelas e desajustes sociais que costumam estar invisibilizados e marginalizados sob a alcunha da doença mental. Esta realidade parecia revelar a emergência de aquele serviço pudesse ser também objeto de análise e compreensão, afinal a complexidade de sua assistência indicava também seus próprios desafios.

O estudo que será apresentado ao longo desta exposição se articula aos resultados obtidos pelo Trabalho de Conclusão de Residência intitulado “*Atenção e Gestão Humanizadas aos trabalhadores de um setor de emergência psiquiátrica: um estudo compreensivo acerca de suas vivências*”. Esta pesquisa originária consistiu em uma pesquisa delineada em metodologia qualitativa e de cunho descritivo-exploratória, que teve como objetivo compreender a vivência de trabalhadores de um setor de Emergência Psiquiátrica (EP), em um hospital municipal da cidade de Maringá, acerca da atenção e gestão do trabalho, que possibilitam condições concretas para a produção das ações em saúde mental. A metodologia da pesquisa amparou-se em conhecimentos da pesquisa fenomenológica e do modelo empírico-compreensivo proposto pelo psicólogo Amedeo Giorgi (GIORGI; GIORGI; MORLEY, 2017), a fim de instrumentalizar a apreensão da realidade fenomenológica por meio da realização de entrevistas semi-estruturadas.

No recorte proposto por esta apresentação, por seu turno, serão discutidos apenas como os trabalhadores compreendem a PNH e os processos de humanização envolvidos no trabalho. De modo a complementar às discussões, outras leituras que versam sobre a temática da Saúde do Trabalhador e da Saúde Coletiva foram articuladas aos resultados obtidos.

O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

O setor de Emergência Psiquiátrica do Hospital, local onde a pesquisa foi realizada, é composto por uma equipe de três enfermeiros(as) (um(a) por turno); duas psicólogas; cinco médicos(as) psiquiatras de referência diária; quinze auxiliares/técnicos(as) de enfermagem; uma terapeuta ocupacional; duas assistentes sociais (turno matutino e vespertino, que atendem demandas de todo o hospital) e um técnico de administração. O quadro atual de trabalhadores deste setor é constituído por uma população de aproximadamente 35 (trinta e cinco) profissionais, sendo variável de acordo com a disponibilidade de recursos humanos do hospital e com a participação de outros plantonistas que não fazem parte da equipe fixa do setor.

A amostra da pesquisa foi formada por treze trabalhadores, sendo estes: duas enfermeiras; duas psicólogas; dois médicos psiquiatras; três técnicas de enfermagem; uma terapeuta ocupacional; duas assistentes sociais e um profissional da área administrativa. Para delimitação da amostra da pesquisa foram utilizados os seguintes critérios: (a) compor, no momento da entrevista, o quadro fixo de profissionais do setor de Emergência Psiquiátrica, por período maior que dois anos; e (b) realizar contato direto com as práticas assistenciais do serviço de atendimento à crise (porta aberta) e em módulo de internamento, em um ou mais turnos do mesmo (manhã, tarde, noite); com exceção de um profissional da área administrativa que foi incluído à amostra, considerando sua experiência com informações institucionais e burocráticas.

Apenas dois(duas) dos(as) convidados(as) não compuseram a amostra da pesquisa, conforme planejado no projeto, sendo estes(as): um(a) profissional psicólogo(a), que foi excluído(a) da amostra devido a participação da outra profissional da área convidada, a qual já contava com a experiência no setor nos turnos (matutino e vespertino); e uma profissional da área do Serviço Social, que, embora houvesse consentido em participar da entrevista, não conseguiu encontrar disponibilidade de horários para isso. Diante disso, participaram da entrevista o total de 11 (onze) trabalhadores(as).

AS URGÊNCIAS NO TRABALHO DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

A Rede de Saúde Mental de Maringá é formada por Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, Consultórios de Rua e outros equipamentos. Segundo o Protocolo Geral da Secretaria Municipal de Saúde (2016), o serviço de Emergência Psiquiátrica é caracterizado como leitos de internação psiquiátrica em Hospital-Geral e foi inaugurado no ano de 2003, a fim de complementar o trabalho do Pronto Atendimento do hospital (PA). Atualmente, o setor é referência em atendimento de emergências em saúde mental, dentre os hospitais da região, e funciona em módulo 24 horas e em todos os dias da semana, inclusive nos feriados.

Conforme prevê a Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde, este tipo de serviço hospitalar de referência as crises e emergências em saúde mental tem, em seu projeto técnico-político, dentre outros, os objetivos e compromissos de: realizar internações de curta duração; estabelecer fluxos entre os pontos da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Atenção às Urgências; articular com outros pontos de atenção para continuidade do tratamento; e avaliar, permanentemente, enquanto equipe multiprofissional, os indicadores de qualidade e humanização da assistência prestada.

O manejo, a avaliação, a estabilização e o cuidado em saúde mental no âmbito da urgência e emergência são previstos por regulamentações do SUS em nível de atenção básica, móvel, pré-hospitalar e hospitalar. Cabe enfatizar que a proposição deste modelo de serviço em hospital geral, dentro de uma rede de Atenção Psicossocial, se alinha com os esforços da Reforma Psiquiátrica Brasileira em combater o modelo de assistência hospitalocêntrico, com a aprovação da Lei 10.216 – que estabeleceu como responsabilidade do Estado o desenvolvendo de políticas de saúde mental, o fornecimento de assistência e a promoção de ações de saúde às pessoas com transtornos mentais. A partir da inserção no serviço da EP, pôde-se observar que a assistência em saúde mental no serviço permanecia, apesar das políticas instituídas, distante de consolidar a atenção integral em saúde e os princípios preconizados pelo SUS – como o papel de responder às demandas com resolutividade e eficácia.

Num primeiro momento, durante a prática da residência, observou-se a qualidade da assistência dada às demandas que advinham ao setor e como o serviço estava organizado para atendê-las. Num outro momento, desvelou-se a necessidade de que este olhar inicial fosse aprofundado a partir de uma investigação acerca das **condições concretas dadas aos trabalhadores para que estes possam consolidar os compromissos ético-práticos firmados pelo SUS**. A partir do foco dado ao contexto deste trabalho, coube também refletir se a materialidade do

campo prático – compartilhado no âmbito deste serviço, mas também propiciado por produções de âmbito político-econômico – possibilitava os trabalhadores o exercício autônomo de sua função ou se, pela precariedade do processo de humanização, estavam sendo submetidos às condições de alienação, isto é, se seus trabalhos têm sido subjugados a projeto(s) alheio(s), resultando num agir irreflexivo e impessoal. A alienação, segundo Sartre, explica Almeida (2011), é entendida como um estado de alteridade da práxis em relação à ela mesma, ou seja, se constitui como um processo de dissolução da singularidade, que ao ser objetificada por meio do uso do campo prático trabalhado, se limita à submissão das predeterminações das ações concretas de outras práxis que lhe são externas e não-apreensíveis. (p. 109).

É importante considerar que o atual cenário da saúde pública ainda se constitui a partir de lutas e de embates político-sociais, sendo marcado por antagonismos: por um lado há os esforços populares para garanti-la como um Direito Civil, por outro há forças que relegam a saúde pública a um lugar secundário por priorizar interesses financeiro-monetários que instrumentalizam as ações sanitárias, a fim de garantir a produção da saúde como bem rentável e consumível (LUZ, 1991). Além disso, a estruturação da Saúde Pública em nível de universalidade, integralidade e equidade, a partir da proposição do SUS – norteado pela Lei Orgânica de Saúde 8.080/90 – marcou um avanço na Reforma Sanitária Brasileira, em um cenário de múltiplos atores e de movimentos populares. Cabe ressaltar ainda que, esta Reforma, marcada por um processo de redemocratização política no cenário nacional, foi responsável pela reestruturação conceitual e desenvolvimento de um paradigma alternativo em Saúde Coletiva (PAIM, 1997). A partir destes avanços políticos e conceituais, os princípios e as diretrizes relativos ao direito à saúde, à cidadania, à universalização, à equidade, à democracia e à descentralização conferiram solidez para as ideias que ainda hoje vigoram nos documentos de base nacional.

Entendendo o movimento sanitário como conjunto de ações e conhecimentos que deram base para a estruturação político-institucional de componentes técnico administrativos e técnico-operacionais do SUS, observa-se que os âmbitos da Reforma Sanitária da prática teórica, ideológica e política – conforme subdividido por Paim (1997) – tampouco se resumem ao que foi legislado com o SUS ou ao que foi idealizado, ao passo que implica novas ações para sua constante produção.

A Política Nacional de Humanização – PNH (2006) não é uma parte desta história de orientações e planos que foram outrora projetados, ela foi construída pela **urgente necessidade de se pensar os entraves do campo da saúde pública a partir da condição em que o trabalhador é inserido**. É neste campo de ações que são construídos os conhecimentos sobre os conceitos de crise, cuidado e saúde e que se concretizam os projetos singulares/coletivos que buscam superar e modificar a realidade. A PNH, por sua vez, pressupõe a autonomia e participação

ativa dos trabalhadores acerca do processo de trabalho e gestão para que o SUS seja consolidado, à medida que a saúde é entendida como produção indissociável da participação democrática e dialógica entre gestão, assistência e usuário.

Cabe também esclarecer que a concepção de humanização utilizada neste trabalho compreende que a atitude da assistência e gestão deva se fundamentar nos princípios de defesa da vida, assim como apresenta o sanitarista e presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Gastão Wagner de Sousa Campos. Segundo Campos (2005), a humanização, em termos de “conceito-experiência”, não deve limitar-se à “[...] catequese ou a sensibilização dos trabalhadores de saúde para que adotassem posturas e comportamentos ‘cuidadores’” (p. 398), mas sim ser orientada, tendo por fim a valorização e a defesa da vida, como mencionado. Ao conceber esse processo, o autor demarca a democracia como pressuposto para a humanização e, por conseguinte, para o cuidado em saúde, anunciando como necessário o desenvolvimento de modos de gestão compartilhados.

Lançando um olhar interrogativo sobre as contradições manifestadas no cotidiano do trabalho na EP – cenário da pesquisa –, verificou-se a própria crise da instituição, a partir de mudanças verticais que impactaram a organização e o fluxograma do trabalho deste setor. Tais mudanças foram iniciadas com o processo de desmunicipalização do serviço, que consistiu na restrição dos atendimentos à população de Maringá e Mandaguáçu, deixando de realizar a regulação de leitos e atendimento das outras regionais (11^a, 13^a e 15^a Regionais de saúde), conforme a Deliberação n° 10/2016. Além disso, após estas mudanças, outras alterações foram realizadas, como a redução do número de médicos plantonistas responsáveis pelos atendimentos na porta de entrada do setor. Estas reestruturações, embora estivessem em pauta em reuniões com os gestores dos serviços envolvidos, resultaram de uma gestão não-participativa, devido a fragilidade do processo de planejamento e de decisão horizontal entre gestão, assistência e usuários. A partir dessa evidência, foi verificado, já de início, uma contradição com relação aos preceitos democráticos de cogestão do SUS que exigem a construção de um espaço de sujeitos capazes de contrair responsabilidades.

APREENDENDO A VIVÊNCIA DOS TRABALHADORES: CAMINHO EMPÍRICO-COMPREENSIVO

Para aprovação e liberação da pesquisa, o projeto preliminar foi previamente apresentado ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com seres humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá, pela sua submissão na Plataforma Brasil, e à Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde (CECAPS). O início da coleta de dados ocorreu apenas mediante a

autorização de ambos os órgãos, a partir do parecer consubstanciado nº 2.230.383 emitido pelo COPEP.

A escolha do uso das entrevistas ocorreu por considerar que este instrumento oportuniza o diálogo entre a residente-pesquisadora e os participantes da pesquisa, auxiliando na captação da experiência consciente de cada um dos trabalhadores no que concerne ao próprio trabalho. Por meio da realização das entrevistas, viabilizou-se aos entrevistados a manifestação de seus dilemas sobre a Política Nacional de Humanização, idealizada em termos legais. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas no segundo semestre de 2017, individualmente, em sala disponibilizada pela instituição hospitalar que pudessem assegurar às condições necessárias de manutenção de sigilo e conforto.

Com base no modelo empírico-compreensivo de Amedeo Giorgi, esclarecido no artigo *The Descriptive Phenomenological Psychological Method* (2017), o uso do método descritivo possibilita não apenas questionar o que é dado como verdade prévia e distinguir possibilidades indubitáveis acerca do fenômeno, mas também compreender as experiências vividas de forma psicológica. A partir do modelo de fluxograma do processo de análise de dados proposto por Giorgi et al. (2017) buscou-se, primeiramente, descrever a situação do fenômeno estudado e entender o todo situado pela transcrição. Em seguida, por meio da leitura atenta e minuciosa dos dados discriminados, foram elencadas unidades de significados nos conteúdos enunciados por cada entrevistado, de acordo com a sequência em que surgiram. Da síntese das unidades de significados, provenientes de cada entrevista, foram direcionadas para a análise como cada um apreende, em sua singularidade, os temas estudados, dos quais, no recorte dessa exposição, será destacado apenas a **universalidade da compreensão acerca da PNH e dos processos de humanização em saúde**. Em movimento inverso (do singular ao universal), aspectos comuns, divergentes e idiossincráticos, entre as unidades de significados, foram reconhecidos com a finalidade de verificar criticamente o aspecto totalitário dos fenômenos em questão.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: COMPREENSÃO, CONHECIMENTOS E PERSPECTIVAS

A partir da análise compreensiva sobre o primeiro foco (compreensão da PNH e processos de humanização) da pesquisa originária, obteve-se as seguintes categorias e as respectivas unidades de significado: **(1)** Características do trabalho humanizado: dimensão relacional, campo biopsicossocial na saúde, e caráter imanente e individual do campo da humanização; **(2)** Conhecimentos sobre a PNH: ampliação do cuidado ao usuário; ampliação ao trabalhador, mudanças comportamentais do trabalhador da saúde em sua prática de cuidado; e **(3)** Limitações para práticas de trabalho

humanizadas: demanda complexa e assistência em rede insuficiente; sobrecarga de trabalho; falta de espaço para exercício de autonomia e diálogo; falta de estratégias e incentivos por parte da gestão.

Os trabalhadores entrevistados definem as **Características do trabalho humanizado** pela **dimensão relacional**, concebendo que a articulação da equipe – em clima de cooperação, respeito e diálogo aberto – proporciona condições favoráveis ao trabalho. Conforme o relato de alguns participantes, a humanização ainda pressupõe que sejam dispostas ao trabalhador condições favoráveis para o exercício laboral, que o possibilitem obter satisfação, tanto pela ampliação da participação ativa e envolvimento na gestão quanto pela diminuição de sobrecarga e riscos presentes no ambiente de trabalho.

Os profissionais também pontuam como pressuposto para o trabalho humanizado o **campo biopsicossocial em saúde**. As assertivas que reconhecem a relação de indissociabilidade do processo de humanização da saúde com o campo biopsicossocial coincidem com os documentos legais e orientativos do SUS, que desde a Lei Orgânica de Saúde 8.080/90 (1990) assumem a abordagem biopsicossocial como norteadora. Tal abordagem afirma que a saúde deve abordar o ser humano em sua integralidade, superando a fragmentação do olhar e das intervenções sobre os sujeitos. Pelo viés que discute a ampliação e a melhoria da assistência, o serviço é compreendido como responsável por cuidar de necessidades e atender demandas nas diferentes ordens que constituem a pessoa em crise, empregando a rede psicossocial, a rede comunitária e os cuidados longitudinais.

Conforme previsto pelo “HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS” (2010), a formação das abordagens de cuidado está atrelada aos processos de educação permanentes, os quais devem ocorrer dentro dos próprios serviços de saúde, a partir de permanentes esforços que visam a continuidade de mudanças nas práticas. Em contradição à concepção de educação como processo compartilhado e de responsabilidade coletiva, os trabalhadores, por sua vez, compreendem a humanização a partir da noção de um **caráter imanente e individual**, fundamentando-a sob o enfoque de atitudes pessoais, valores e concepções morais. Ao conferir um caráter imanente ao conceito de humanização, o trabalhador atribui a este conceito um estado inalienável, dado e imutável, encarregando-se deste tema como algo que não depende da mobilização de mudanças concretas e dos processos de sociabilidade, sendo, ainda, a-histórico e associal.

Identificou-se também nas falas dos trabalhadores entrevistados uma concepção naturalizante do que é ser humano, ao passo que partem do entendimento de que a humanidade é uma qualidade inerente, uma moral cuja realidade é natural, independente, desse modo, de construções sociais. Em seu turno, a PNH se compromete a contrapor-se com a normatividade, priorizando a transversalização das

práticas e a democratização dos processos, à medida que concebe a humanização, em seu cerne, como um devir que resulta dos diversos encontros democráticos. (SILVA et al., 2015). Este autor menciona:

O convite que a PNH nos faz, por meio do apoio institucional, é, então, produzir uma inflexão radical nos modos de fazer saúde. Não se trata de responder a uma meta a ser seguida a qualquer preço por meio de modos individuais e heroicos que reduzem o poder de agir dos trabalhadores [...] (p. 1161).

No que concerne a categoria **Conhecimentos sobre a PNH** os trabalhadores entrevistados consideram que esta política possibilita a **ampliação do cuidado para com o usuário; a ampliação ao trabalhador**, bem como proporciona **mudanças comportamentais do trabalhador da saúde em sua prática de cuidado**. Os participantes entendem que a PNH promove a **ampliação do cuidado para com o usuário**, por considerarem que esta política pôde viabilizar a ampliação de recursos, instrumentos e estratégias para um cuidado integral e de qualidade. Alguns profissionais reconhecem a ampliação de recursos e instrumentos materiais para o exercício do cuidado para com o usuário, pela produção de novos insumos farmacêuticos utilizados na estabilização clínica. Outros consideram que essa ampliação se deu pelo desenvolvimento de recursos imateriais, em meio ao investimento em tecnologias leves, tais como comunicação e articulação em rede. Dentre as tecnologias de produção do cuidado, as tecnologias leves destacam-se pelo uso de escuta, acolhimento, compreensão da singularidade e aspectos psicossociais na assistência, além de requerir um caráter de flexibilidade e criatividade na produção dos processos de trabalho. (MERHY; FEUERWEKER, 2009).

Segundo o documento base do HumanizaSus (2010), os dispositivos da PNH correspondem tanto aos elementos concretos quanto aos imateriais, que catalisam ou facilitam o início de um processo de transformação, visando envolver coletivos e promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão. Em contraste com a PNH, que aborda as dimensões materiais e imateriais como realidades indissociáveis, os trabalhadores apreendem estes elementos de modo fragmentado, sem estabelecerem a conexão entre eles apregoada pela PNH. Ademais, observa-se que não são reconhecidos como meio de ampliação do cuidado para com os usuários os dispositivos que se sustentam em uma metodologia de gestão do trabalho ou que servem de modo indireto ao paciente, como o apoio matricial, que, por sua vez, corresponde, centralmente, a um suporte técnico de apoio à equipe.

Os trabalhadores também compreendem a PNH como política que propiciou a **ampliação do cuidado para com a equipe**, a partir de mudanças na gestão e de avanços nas condições de trabalho, possibilitando recursos de cuidado para com o trabalhador. Entre os recursos, apontam para as rodas de conversa, sendo

estas um meio que promove a participação e escuta dos trabalhadores. Também mencionam a flexibilização de regras e normas relativas ao processo de trabalho. Uma trabalhadora do setor enfatizou que para efetivar a humanização é necessário que a gestão promova mudanças que considerem o trabalhador enquanto uma pessoa singular, com necessidades e limitações de diferentes ordens [sic]. Desse modo, aponta como imprescindível as adequações nas rotinas e nas funções, conforme as particularidades do trabalhador, rompendo, assim, com as lógicas mecanicistas do trabalho que buscam adequar pessoas às tarefas previamente designadas.

Com relação ao **aspecto de mudança comportamental do trabalhador**, abarcado nas falas de alguns trabalhadores, a PNH é apresentada como um meio que tenta ensinar e qualificar o profissional a empregar uma prática valorada como humana. Em se tratando dessas mudanças comportamentais, são observadas controvérsias quanto ao entendimento, tendo em vista que, enquanto alguns concebem as normativas e as orientações como um meio motivador, outros compreendem a PNH como um meio impositivo de mudanças, que institui valores morais ao profissional, como mencionou uma das entrevistadas:

Eu acho que não tem que ser imposta esta Política Nacional de Humanização. Essa humanização tem que existir em todos os setores seja ele qual for. O respeito tem que haver em todos os setores. Então o trabalho de forma humanizada é uma obrigação, não uma imposição. (Trabalhadora do setor da EP).

Por fim, no que concerne a categoria **limitações para práticas de trabalho humanizadas**, os participantes caracterizam as limitações para a efetivação e a implementação do que entendem ser parte de um processo de humanização no trabalho, sendo estes: **demanda complexa e assistência em rede insuficiente; sobrecarga de trabalho; falta de espaço para exercício de autonomia e diálogo; falta de estratégias e incentivos por parte da gestão.**

A respeito dos obstáculos representados pela **demanda complexa e assistência em rede insuficiente**, foram enfatizados os fatores desfavoráveis à PNH, tais como: a fragmentação da comunicação em rede, o atraso da assistência ambulatorial e a complexidade da demanda atendida neste ponto de atenção à urgência e emergência. Os trabalhadores também apontaram para as dificuldades de compor uma assistência articulada e com foco ampliado dado a segmentação por tarefas isoladas e fragmentação da rede, o que acaba restringindo a continuidade das ações.

A fragmentação das tarefas e dos serviços que compõem a rede de atenção da urgência e emergência e atenção psicossocial é descrita por Mângia e Muramoto (2009) como resultante de um processo denominado “crise de operatividade” do conjunto de pontos de atenção e serviços de saúde. A partir da identificação dessa

crise, as autoras apontam para o uso de recursos, como mapas comunitários articulados, como meios para superar a incontinuidade da atenção e a fragilização da rede. O uso destes instrumentos possibilitaria que os serviços formulassem metas e passos necessários para a implementação de novas estratégias e diagnósticos de disfuncionalidades, a fim de atenuar a ineficiência das ações e as agudizações dos estados de saúde. (MÂNGIA; MURAMOTO, 2009).

Os trabalhadores ainda indicam a **sobrecarga de trabalho** como um limitador do processo de humanização em saúde, destacando o prejuízo do cuidado em situações que o funcionário é levado a responder a um alto fluxo de atendimentos na proporção de um curto espaço de tempo. Diante do cansaço e da pressão para que haja resolutividade, os trabalhadores adotam posturas imediatas e objetivas, preterindo ações que abarquem um cuidado integral. Ao apontarem a sobrecarga de trabalho como restritiva ao processo de humanização em saúde, os trabalhadores entrevistados denunciam a dissociabilidade com a qual são tratados; embora seja atribuído a eles o papel de reconhecer integralmente as necessidades do usuário, as suas não são reconhecidas.

Concernente a **falta de espaços e instrumentos para o exercício de autonomia e cogestão**, os trabalhadores entrevistados destacam o fator de incomunicabilidade entre a assistência e a gestão. Concebem a falta de participação e de autonomia como evidências de um processo de humanização ainda principiante; denunciam a **falta de estratégias e incentivos** que possibilitem cuidados em saúde mental e ações de promoção. A respeito dessas estratégias, estes ainda enfatizam o papel da gestão de recursos humanos para facilitar a identificação precoce de riscos e encaminhamentos de demandas e ofertas de assistência integral, prevenindo, assim, o surgimento de processos de adoecimentos ou crises e agravamentos de estados patológicos.

Os instrumentos de participação e cogestão, igualmente ressaltados pelos trabalhadores, são apresentados pela PNH como meios para garantir o exercício de autonomia, corresponsabilização e produção coletiva em saúde. Ainda segundo o documento base do HumanizaSus (2010), a gestão participativa é um modo de gestão que pressupõe a integração de “novos sujeitos no processo de análise e tomada de decisão” (p. 60) e a ampliação do exercício coletivo do diálogo e da pactuação de diferenças.

À vista disto, embora o compromisso com a PNH demarque um campo de responsabilidade do Ministério de Saúde, Secretarias e gestores do SUS, com a promoção de mudanças das práticas em saúde, é inalienável o valor da autogestão do trabalho. Compreende-se que os trabalhadores permanecem protagonistas e corresponsáveis no processo de trabalho, ao passo que forjam, por meio de suas próprias práxis, conhecimentos inovadores e modos de fazer saúde, contrapondo-se

à racionalidade gerencial hegemônica, que atribui, por sua vez, a um pequeno grupo de pessoas o poder de direcionar tarefas que deverão ser executadas pelos demais trabalhadores. (SILVIA et al., 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A POLÍTICA COMO UM PROCESSO DE PRODUÇÃO COLETIVA

O caráter coletivo e aberto do processo de saúde pode ser aproximado da noção de práxis livre de Sartre (2002). Conforme retratado por este filósofo, o trabalho enquanto práxis livre tem sua ação transformadora da natureza e é, a partir dela, modificado. Neste viés, a construção social de um campo material ocorre pela mediação estabelecida por instrumentos e utensílios, entre o trabalhador e a natureza e entre este e outros homens.

Conforme o produto do trabalho é materializado e socializado pela ação humana, o mesmo pode ser superado por outro, originando novas sínteses. Esse movimento de construção e superação em curso, desconstrói a ideia de que a história – mesmo que atributo condicionante do homem – é impassível se sofrer alteração: os determinantes históricos não existem por si próprios, enquanto dependerem da eleição e da ação humana para que sejam construídos e mantidos. Da mesma maneira, ao serem socializados no campo sociomaterial, os modos e os meios de promoção da saúde, ainda que apresentem práticas cristalizadas, não estão condenados à reprodução.

É por conceber a possibilidade de incitar o trabalhador a confrontar os saberes e práticas naturalizadas, que a PNH desvela a necessidade de que sejam criados dispositivos no cotidiano do trabalho que operem para comunicar outros modos e meios de ser e fazer relativos ao campo da saúde. (SILVA; BARROS; MARTINS, 2015).

A relação de dependência do SUS com as tecnologias leves indica a necessidade de que diferentes atores exercitem suas autonomias e que, por meio de suas práxis, ajam de modo concreto, mediados pelo campo material; opondo-se, assim, ao entendimento de que sua condição seja a de assujeitamento. Esta condição, por sua vez, é concebida quando estes aceitam passivamente os fins que o campo material de seu trabalho lhes imputa, entendendo que nada podem fazer para superá-los. Como discutem Guizardi e Cavalcanti (2010) o uso das tecnologias leves na construção do campo de saúde do SUS, por pressupor a ação livre do trabalhador sobre a realidade, acaba “restringindo as possibilidades de sua captura na relação com o trabalho morto e na organização dos modos de gestão. (p. 1252). O que estes autores comentam é que estas tecnologias possibilitam ao trabalhador operar sobre seu meio, sem normativas prescritas por meio da técnica.

O SUS, nesta perspectiva, precisa do rompimento com o trabalho morto, ou seja, com práticas cristalizadas na história, a partir de tecnologias que não funcionem pelo tecnicismo e pelo mecanicismo. Diante do exposto, conclui-se que, para que a cogestão e a participação, fatores destacados nas falas dos trabalhadores, venham a ser meios de confluência e fortalecimento do grupo, sendo apreendidas e apontadas enquanto necessidade, a PNH não deverá ocupar um lugar estático do dever-fazer. Para fornecer este esclarecimento, cabe às gestões e aos órgãos colegiados promover meios práticos que indiquem aos trabalhadores quais as ferramentas desta política os preparam para superar os limites de seus fazeres e a impotência advinda do campo prático.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Sartre: direito e política**: ontologia, liberdade e revolução. Tese (Doutorado em Direito). São Paulo: Universidade de São Paulo, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Secretaria de Atenção à Saúde: Textos Básicos de Saúde. Brasília: 2010. 4 ed. 70p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf> Acesso em: 17 jul. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 setembro 1990. Dispõe **sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde**, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 17 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. HumanizaSUS: Documento-Base, 3ª Ed. 2006. Brasília. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf> Acesso em: 17 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 148, de 31 de Janeiro de 2012**: Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília: 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html> Acesso em: 17 jul. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Revista Interface**: Comunicação, Saúde, Educ., v. 9, n. 17, 2005, p. 389-406.

FREITAS, Sylvia Mara Pires de. Pesquisa fenomenológica em Psicologia. BAPTISTA, Markilim Nunes. CAMPOS, Dinael Corrêa de. In: **Metodologias de Pesquisa em Ciências**: análises quantitativas e qualitativas. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2007, p. 196-218.

GIORGI, Amadeo; GIORGI, Barbro; MORLEY, James. The descriptive phenomenological. Psychological method. In: WILLIG, Carla; ROGERS, Stainton Rogers. (eds). **The sage handbook of qualitative research in psychology**, Ed. Sage Publications Ltd., p. 176-192, 2017. Disponível em: <http://www.easewellbeing.co.uk/PDF_Downloads/Giorgi-2017-the-descriptive-phenomenological-psychological-method.pdf> Acesso: 5 nov. 2017.

GUIZARDI, Francini Lube; CAVALCANTI, Felipe de Oliveira Lopes. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis** [online]. 2010, v. 20, n.

4, pp. 1245-1265. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso: 28 jan. 2018.

LUZ, Madel Therezinha. Notas **sobre as** políticas de Saúde **no Brasil de** “transição democrática”: anos 80. **Physis** [online]: v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/physis/1991.v1n1/77-96/pt>> Acesso em: 28 jan. 2018.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; MURAMOTO, Melissa Tieko. Modelo de Matriz: ferramenta para a construção de boas práticas em saúde mental comunitária. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 118-125, maio/ago. 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14065/15883>> Acesso em: 28 jan. 2018.

MARINGÁ. Secretaria de Estadual de Saúde. Deliberação n° 10/2016. Aprova o fluxo de atendimento às urgências e emergências psiquiátricas na 15ª RS. **Diário oficial do município**. 2016.

MARINGÁ. Secretaria de Estadual de Saúde. **Protocolo geral**. Urgências e emergências psiquiátricas e internações psiquiátricas. Maringá: Hospital Municipal Dra. Thelma Villanova Kasprowicz.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. (pp. 29-74). In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>> Acesso em: 28 jan. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, Sonia. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

SARTRE, Jean-Paul. **Crítica da Razão Dialética**. Trad. Guilherme João de Freitas Teixeira. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora DP&A. 2002. 900 p.

SILVA, Fabio Hebert da; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MARTINS, Cátia Paranhos. Experimentações e reflexões sobre o apoio institucional em saúde: trabalho a partir do HumanizaSUS. **Interface** [online]. 2015, v. 19, n. 55, p. 1157-1168. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401157&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 28 jan. 2018.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abuso de álcool 114, 125

Abuso de drogas 113, 114, 125

Ansiedade 38, 40, 44, 45, 51, 52, 53, 54, 73, 78, 79, 108, 111, 125

Aposentadoria 30, 31, 32, 33, 34, 35, 125

Aprendizagem 36, 41, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 55, 61, 62, 125

Arte 65, 66, 67, 68, 70, 83, 99, 100, 125

Assédio moral 24, 25, 26, 27, 28, 29, 125

C

Capital 1, 2, 4, 5, 27, 86, 125

Comportamento 36, 37, 44, 46, 59, 71, 107, 110, 117, 125

Conhecimento 38, 46, 51, 53, 60, 67, 97, 125

Contemporaneidade 28, 30, 34, 125

D

Democracia 10, 14, 15, 22, 23, 101, 105, 120, 125

Depressão 28, 38, 40, 41, 42, 43, 49, 50, 52, 64, 73, 78, 79, 80, 86, 125

Disfunção sexual feminina 73, 79, 125

E

Educação especial 56, 57, 58, 59, 62, 64, 125

Educação inclusiva 40, 48, 49, 51, 57, 58, 59, 62, 125

Envelhecimento 30, 32, 33, 34, 35, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 125

Escola 36, 37, 38, 39, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 81, 113, 122, 123, 125

Espiritualidade 113, 114, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125

F

Família 7, 29, 32, 36, 37, 48, 51, 55, 58, 62, 64, 85, 119, 125

Fenomenologia 70, 71, 125

Filosofia da diferença 6, 8, 125

G

Gestão em saúde 10

H

Humanização 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 108, 112, 125

I

Identidade 31, 32, 33, 34, 62, 73, 88, 93, 101, 103, 104, 105, 108, 110, 125

Idoso 30, 33, 34, 35, 89, 90, 91, 93, 95, 96, 98, 99, 125

Indisciplina 36, 37, 125

Intervenção psicológica 36, 125

M

Movimentos sociais 101, 102, 103, 104, 105, 126

Mulher 24, 25, 26, 27, 81, 84, 85, 87, 92, 93, 126

O

Organizações 3, 9, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 34, 119, 126

P

Pintura 65, 67, 68, 70, 71, 95, 98, 99, 126

Políticas de saúde 13, 114, 126

Políticas públicas 10, 64, 72, 89, 96, 103, 123, 124, 126

Psicodinâmica do trabalho 30, 31, 34, 35, 126

Psicologia 1, 6, 9, 22, 29, 30, 36, 37, 41, 49, 52, 55, 59, 60, 62, 63, 65, 71, 72, 81, 82, 83, 84, 88, 90, 92, 93, 95, 97, 98, 99, 100, 101, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 124, 126

Psicoterapia 72, 73, 78, 79, 107, 126

Psiquiatria 66, 80, 81, 126

R

Reconhecimento 2, 4, 5, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 42, 62, 102, 126

Religiosidade 113, 114, 119, 120, 121, 123, 126

S

Saúde mental 11, 13, 20, 23, 24, 25, 35, 52, 126

Subjetividade 1, 3, 6, 7, 8, 56, 59, 60, 61, 62, 63, 82, 93, 99, 101, 102, 104, 105, 106, 120, 126

Suicídio 38, 41, 42, 43, 49, 50, 52, 126

T

Terapia cognitivo-comportamental 72, 73, 74, 75, 77, 79, 80, 81, 126

Trabalho 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 39, 40, 44, 48, 49, 50, 51, 55, 61, 63, 65, 73, 74, 83, 84, 85, 87, 90, 91, 95, 96, 97, 99, 111, 119, 126

Transtornos mentais 13, 38, 39, 40, 45, 48, 50, 51, 77, 80, 126

 **Atena**
Editora

2 0 2 0