

# **EXPRESSÃO DA HUMANIZAÇÃO NO CAMPO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

## **HUMANIZATION EXPRESSION IN THE FIELD OF PRIMARY HEALTH**

**SEBASTIÃO OLACY DE SOUZA JÚNIOR<sup>1</sup>; <sup>1</sup>MARIANA DE MORAIS  
FORTUNATO<sup>1</sup>; GRAÇA ROCHA PESSOA<sup>1</sup>; ANDREZZA KARINE ARAÚJO DE  
MEDEIROS PEREIRA<sup>1</sup>; ELLANY GURGEL COSME DO NASCIMENTO<sup>2</sup>; JOÃO  
CARLOS ALCHIERI<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Enfermeiros Graduados no CEN/CAMEAM/UERN, Brasil

<sup>2</sup> Professora do curso de graduação em enfermagem CEN/CAMEAM/UERN, Brasil

<sup>3</sup> Professor Doutor do Curso de PPGCSa/UFRN, Brasil

### **RESUMO**

O estudo objetivou avaliar e discutir a satisfação dos usuários com relação ao atendimento humanizado. A pesquisa é de caráter exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Os participantes do estudo foram 100 usuários e 15 profissionais da Unidade básica do município de Pau dos Ferros – RN. A coleta de dados foi realizada mediante uma entrevista semiestruturada e a análise dos dados através do materialismo histórico e na hermenêutica-dialética. Identificou-se a necessidade de melhorias na organização das filas, no agendamento das consultas e no acolhimento. Logo, enfatiza-se a necessidade de aquisição de tecnologias, como a escuta qualificada e comunicação intraequipe.

**PALAVRAS CHAVE:** Humanização da Assistência. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

### **ABSTRACT**

The study aims to evaluate and discuss their satisfaction regarding the humane care. The research is exploratory-descriptive qualitative approach. Study participants were 100 members and 15 professionals Basic unit of the city of Pau Irons - RN. Data collection was performed using a semistructured interview and data analysis through historical materialism and dialectical hermeneutics. Identified the need for improvements in the organization of the queues in the scheduling of consultations and acceptance. Therefore, we emphasize the need for acquisition of technologies, such as listening and communication intraequipe qualified.

**KEYWORDS:** Humanize. Primary Health Care Family Health.

## INTRODUÇÃO

A noção de Humanização tem sido empregada como a associação entre qualidade do cuidado e o reconhecimento dos direitos dos usuários, da sua subjetividade e dos determinantes sociais, pressupõe também a valorização do profissional e do diálogo interprofissional. Logo, discutir o significado da humanização em saúde refere-se “[...] à necessidade de melhoria da qualidade dos serviços prestados que se daria por meio da tecnologia e do bom relacionamento e [...] pelo avanço das condições de trabalho do cuidador” (WALDOW; BORGES, 2011).

Os serviços de saúde têm sido permeados por uma profunda desumanização identificada por fatores, como: mau relacionamento entre profissionais e usuários, desvalorização da intersubjetividade, comercialização da doença, infraestrutura, materiais e equipamentos sucateados, inexistência de uma gestão participativa e estratégica, do acolhimento e insatisfação dos usuários e profissionais perante as fragilidades do próprio sistema de saúde (SILVA; MUNIZ, 2011). Partido desses fatos, o objetivo da pesquisa foi avaliar como tem se configurado o padrão de assistência dos serviços da Atenção Básica na Unidade de Saúde da Família São Judas Tadeu, no município de Pau dos Ferros-RN, com vistas à humanização.

A escolha da atenção básica como pano de fundo para a pesquisa justifica-se, especialmente, pela caracterização de sua demanda. Esta, frequentemente, encontra-se no limite entre os “problemas da vida” e a apresentação clínica da patologia, para a qual a resposta mais adequada nem sempre se encontra, exclusivamente, no arsenal de saberes da atenção básica.

Portanto, lançar um olhar sobre a avaliação da satisfação dos usuários com relação ao atendimento humanizado e discutir as ideias centrais da humanização como oposição à violência, oferta de atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria das condições de trabalho e fortalecimento das relações interpessoais são medidas indispensáveis para implementação de novos modos do pensar/fazer saúde.

## MÉTODO

A pesquisa é de caráter exploratório e descritivo com abordagem qualitativa das discussões. Para a realização da coleta de dados, apropriou-se da entrevista semiestruturada com 100 usuários e 15 profissionais: médico, enfermeiro, dentista, diretora, técnica de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, técnica de patologia, agentes comunitários de saúde e

recepcionista, os quais pertenciam à Unidade de Saúde da Família São Judas Tadeu, onde se efetuou a pesquisa durante o período de novembro de 2009 a janeiro de 2010.

Observou-se que nenhum dos discursos eram iguais, entretanto apresentaram elementos comuns, demonstrando saturação das respostas. As entrevistas foram realizadas individualmente durante o horário de funcionamento da Unidade, a partir da demanda livre. Na recepção do serviço era efetivado o convite ao usuário para participar da pesquisa, após a verbalização de aceite, dirigia-se a uma sala reservada, apenas o entrevistado e o entrevistador, apresentava-se o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e só após a concordância e assinatura se iniciava a entrevista. Os critérios de inclusão para os usuários era ser cliente da unidade de saúde e ter mais de 18 anos.

Na análise do material, os profissionais entrevistados foram identificados perante uma ordem numérica de 1 a 15, e aos usuários foram atribuídos números de 1 a 100, de acordo com o número de entrevistados. Os conteúdos das entrevistas foram gravados e em seguida transcritos para posterior análise.

A análise e discussão dos dados fundamentaram-se em categorias analíticas referentes ao materialismo histórico-dialético e categorias empíricas, tendo por base uma linha epistemológica construtivista e fazendo-se uso do método hermenêutico-dialético de Minayo (MINAYO, 2007).

O projeto cumpriu as exigências éticas da pesquisa com seres humanos, tendo em vista a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, obteve parecer aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, sobre CAAE 0001.0.428.000-09, em 16 de outubro de 2009.

## **REFLEXÕES SOBRE A HUMANIZAÇÃO NO CAMPO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Historicamente a atenção à saúde no Brasil tem se empenhado na construção de um modelo de assistência que priorize na sua agenda ações de melhoria da qualidade de vida da população. O SUS ao longo de sua trajetória carrega em sua bagagem os princípios e diretrizes daquilo que viria a ser a tão almejada política de humanização da assistência à saúde, assegurada mediante o acesso universal, equânime, integral e gratuito, convertendo a saúde em direito de cidadania, e protegendo-a do caráter mercadológico e medicalizante (GOULART; CHIARI, 2010).

Entretanto, a insuficiência na infraestrutura, a carência de recursos materiais e humanos, as longas e demoradas filas de espera, a ausência de privacidade, o desrespeito, a despersonalização, o despreparo psicológico, a falta de informação, a omissão, bem como a falta de ética, têm se mostrado verdadeiras pedras no meio do caminho, dificultando e prolongando a distância da proposta humanizadora do SUS (BRASIL, 2004).

De tal modo, o modelo clínico hegemônico, de base flexneriana, constantemente adotado, tem se mostrado reducionista e fragmentador da assistência por desconsiderar as necessidades mais abrangentes dos usuários, ressaltando exclusivamente as dimensões biológicas em detrimento das necessidades psicológicas e sociais. (GUEDES; CASTRO, 2009). Logo, na medida em que aconteciam os avanços e sofisticação da biomedicina, foi sendo detectada sua incapacidade de encontrar soluções satisfatórias para muitos problemas, sobretudo aqueles que abrangiam a subjetividade das pessoas (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

Diante dessa conjuntura, surge a necessidade de compreender o poder da ação medicalizante que vem sendo desenvolvida na Atenção Básica, levando em consideração o momento atual do SUS, que tem investido por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na ampliação e reorientação da rede básica, que também se torna possível pela operacionalização dos princípios da humanização.

## **A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E A EQUIPE DE PROFISSIONAIS**

A Unidade de Saúde da Família São Judas Tadeu situa-se no município de Pau dos Ferros/RN, é responsável por 1379 famílias cadastradas que se distribuem por dez microáreas. A população adscrita possui quase que 100% da cobertura de água, esgoto e energia elétrica. Convivem no local, famílias de classe média alta e baixa renda, esta em situação miserável.

A unidade é deficiente em termos de infraestrutura, pois funciona numa casa alugada em condições pouco favoráveis. Integram o quadro de profissionais desta unidade: um médico, uma enfermeira, dois odontólogos, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, dez agentes comunitários de saúde (ACS), duas auxiliares de serviços gerais (ASG), um auxiliar de consultório dentário (ACD) e uma diretora.

## ENTENDIMENTO E REFLEXÕES DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.

Do total de usuários entrevistados 78 foram mulheres e 22 homens, sendo a idade mínima 18 anos e máxima 90 anos. Entre os motivos mais apontados para a procura pelos serviços da UBS, estão: agendamentos de consulta, encaminhamentos, realização e/ou apresentação de exames, curativos, imunização, consultas médicas, pré-natal, citologia oncológica e puericultura, entre outros.

Ao ser solicitado para avaliar o nível de atendimento de suas necessidades pela UBS 78% dos entrevistados responderam que suas necessidades foram atendidas por completo, 20% em partes e apenas 2% afirmaram ausência total de atendimento às suas necessidades. Identifica-se na narrativa dos usuários dificuldades para efetivação de um bom atendimento, como à escassez de medicamentos, a pouca distribuição de fichas para consultas, poucos horários destinados aos atendimentos médicas e odontológicas e as longas filas de espera, o que tem demonstrado o quanto é grande o desafio de construir um modelo assistencial conforme a legislação do SUS.

As dificuldades mencionadas também foram encontradas em outras pesquisas, como a de Moimaz et al. (2010, p. 1435), onde os resultados obtidos demonstram a insatisfação dos usuários em relação a diversos aspectos do atendimento, como organização dos serviços e da demanda, infraestrutura deficiente, falta de recursos humanos e medicamentos. De tal modo, vê-se que os problemas da não humanização envolvem uma multiplicidade de fatores, onde uma causa desencadeia outra, configurando um ciclo vicioso de entraves.

As falas dos usuários apontam ainda expectativas que não estão de acordo com o nível de complexidade de uma UBS, tais como solicitação por especialidades médicas, apontada por oito entrevistados. Este fato vem evidenciar a debilidade do sistema de referência e contrarreferência, mediante a ausência de articulação entre os serviços especializados, bem como a falta de clareza por parte da população em compreender o processo de descentralização e hierarquização da rede de serviços do SUS, sendo, pois, importante a realização de educação em saúde nesse sentido.

Quanto às informações ofertadas durante os atendimentos, 69% afirmaram ter recebido as informações desejadas, 18% em parte e 13% diz não ter recebido qualquer tipo de informação. No que diz respeito à preservação da individualidade, a garantia de conforto e a confiança passada pelos profissionais, 78% referiram sentirem-se à vontade durante o atendimento, 18% em partes e 4% afirmaram não se sentir à vontade.

Entretanto, observa-se que “os usuários apresentam dificuldade em apontar aspectos negativos em relação aos serviços de saúde, muitas vezes, temendo que a expressão de críticas comprometa seu acesso aos serviços” (ESPERIDIAO; TRAD, 2006). (ESSE PARÁGRAFO É NECESSÁRIO)

Uma questão interessante que possibilita ampliar a discussão proposta refere-se à maneira que as necessidades são expressas. Na fala de 6% dos entrevistados, emerge a necessidade de aumentar os dias de atendimento durante a semana. Já 3% reclamaram do tempo na sala de espera, os usuários ainda demonstram insatisfação por não conseguirem, muitas vezes, o atendimento no mesmo dia:

Uma coisa que não me agrada aqui na unidade é essa fila enorme que nós temos que enfrentar pra poder se consultar. Eu tive que acordar de madrugada pra vir aqui pegar uma ficha pra me consultar com o médico, eu cheguei aqui de quatro horas e sabe que ficha eu peguei, a cinco! E agora que eu fui atendida! Às nove horas! (USUÁRIA 85)

Em relação à qualidade do atendimento, as respostas foram classificadas numa escala com as seguintes alternativas: péssima, ruim, regular, boa ou ótima. Todos responderam essa pergunta e o resultado foi muito relevante, pois das cem pessoas entrevistadas 23% avaliaram como ótima, 56% boa, 19% regular, 1% ruim e, apenas, 1% definiu como péssima.

Esse resultado, predominantemente, positivo deu-se, principalmente, devido à boa relação estabelecida entre os profissionais e usuários, pois ao questionar estes sobre o que mais lhes agradavam na unidade de saúde, 61% referiram estarem satisfeitos com o próprio atendimento, sendo bastante citada a recepção e o vínculo criado com os profissionais, como se verifica na fala do entrevistado: “O que eu mais gosto aqui é o atendimento mesmo, a recepção, os profissionais. Eu gosto muito. Eu adoro esse postinho sempre que eu venho aqui eu sou bem atendido, o pessoal aqui me agrada muito. (USUÁRIO 9)”.

Na narrativa dos profissionais, foram unânimes em concordar que fazem o que podem para prestar uma assistência acolhedora, no entanto a precária estrutura da unidade não tem proporcionado grandes contribuições. A concretização do acolhimento foi citada por todos como de grande importância para que os usuários saiam satisfeitos da unidade e para os próprios profissionais, ao sentir que estão obtendo resultados satisfatórios com o seu trabalho. Sendo assim, entendem o acolhimento como:

O acolhimento eu acho que é procurar receber bem as pessoas que procuram nossa unidade. Procurar dar pra elas o que de melhor a gente possa oferecer aqui, para que a pessoa saia satisfeita. Primeiramente temos que ouvir os pacientes, por que quando eles vêm procurar a unidade é porque alguma coisa eles querem daqui. (PROFISSIONAL 4)

Desse modo, o acolhimento insere-se como uma ferramenta fundamental para o processo de aproximação e vínculo com os usuários, devendo ser compreendida não somente a um espaço de recepção ou a um componente do fluxograma assistencial, mas como uma etapa do processo de trabalho que os serviços de saúde desencadeiam na sua relação com o usuário, através da disposição de promover uma escuta qualificada e de acolher uma demanda de atendimento como direito moral (FERREIRA, 2011).

Vale destacar que a maioria das pessoas que colaboraram com a pesquisa sente-se bem amparados pela equipe de trabalho, relatando a utilização de práticas humanizadas e considerando a atenção recebida satisfatória, pois referem que os profissionais estão presentes na hora das consultas, conversam e explicam o processo que se vivencia, respeitando a privacidade dos usuários. Nessa perspectiva, 86% dos depoentes recomendariam a instituição.

Entrementes, foram identificadas algumas rotinas que ainda devem ser aprimoradas, como: organizar melhor as filas e a distribuição das fichas, praticar o acolhimento com classificação de risco, melhorar a dinâmica e a interação entre a equipe, além de investir na qualificação dos trabalhadores. Nesse rol, faz-se necessário oferecer meios para que o profissional de saúde possa ter condições de exercer uma assistência humanizada. A retórica é pertinente, merecendo ser reafirmada na reflexão de Garcia et al. (2010, p. 818),

[...] se a proposta é humanizar o atendimento, não é possível pô-la em prática se aquele que presta o atendimento não estiver em condição para tal. Profissionais insatisfeitos com sua condição enquanto trabalhadores, em especial sua condição salarial e de participação na gestão dos serviços, sem condições de trabalho adequadas, com cargas horárias ampliadas por falta de profissionais ou como forma de complementação salarial, dificilmente estarão dispostos a refletir e a praticar o que é considerado um atendimento humanizado.

Outro fator que agrada aos usuários em relação aos serviços da unidade, na opinião de 3% destes, foram as visitas dos ACSs, considerados referência para a população por

socializarem toda dinâmica da unidade, constituindo assim um elo fundamental entre os usuários e a equipe de saúde, e, portanto, favorecendo ao processo de humanização na saúde. Ao serem questionados sobre os fatores que menos agradam na unidade básica, 11% dos usuários apontaram questões relacionadas ao ambiente, dentre as principais queixas citadas tem-se o espaço pequeno e compartimentado; temperatura ambiente elevada; ventilação insuficiente; assentos frágeis e pouca privacidade durante a realização de certos procedimentos nas salas sem divisórias.

Essa realidade comprova a fragilidade da humanização quanto aos aspectos de ambiências acolhedoras, estas tão relevantes para uma compreensão satisfatória do usuário acerca do serviço, tendo em vista que a ambiência deve configurar-se como a expressão acolhedora do espaço e seu contexto, sendo um dos fatores que suscita a interação entre os envolvidos, corresponde a espaço físico, a arquitetura, a qualidade do imobiliário, a climatização, o conforto, os sujeitos presentes, os sons e as condições de espaço (TRAJANO; CUNHA, 2011).

Quanto ao aspecto investigativo sobre as condições de trabalho dos profissionais, foi considerado consenso entre estes que a unidade é deficiente em termos de infraestrutura, e que isso além de prejudicar na qualidade do atendimento ainda pode influenciar no trabalho destes profissionais, como os próprios afirmam: a unidade muitas vezes lota em dias de consulta médica sem que haja suporte para receber tanta gente, faltam espaços para realização de atividades educativas, e para reuniões de grupos, até mesmo para as reuniões com os Agentes de Saúde.

Diante de fatores favoráveis e daqueles que não corroboram para a satisfação dos usuários, solicitou-se sugestões para a melhoria na qualidade da atenção, entretanto 75% dos entrevistados não souberam ou não quiseram opinar. Entre os que responderam, 8% sugere aumentar os dias e os horários das consultas médicas, 13% sugeriram melhorias no atendimento, dentre estas: cursos de relações humanas e humanização para profissionais, realização de reuniões para o planejamento e avaliação das ações em saúde, dinâmica grupal para melhorar a recepção e capacitar os profissionais para o acolhimento, e 4% ainda mencionaram melhorias na infraestrutura da unidade.

Sendo assim, a humanização vem sendo pensada a partir de ações que envolvem a intersectorialidade, a interdisciplinaridade, as boas relações e a criação de vínculos, todas essas medidas sendo possível através do trabalho em equipe bem executado (FERREIRA, 2011).



Nessa perspectiva, os profissionais entrevistados avaliam o trabalho em equipe na realidade que vivenciam, como: 1 (7%) ótimo, 9 (60%) bom, 4 (26%) regular e 1 (7%) julgou o trabalho da equipe como de péssima qualidade.

Eu acho que agente trabalha aqui isoladamente... a equipe, eu, ACS e técnicas de enfermagem são ótimas. Já com o dentista e o médico eu me relaciono bem, mas não existe uma sintonia, um trabalho em grupo. Na verdade cada um faz o seu trabalho isoladamente, a gente tem um bom relacionamento pessoal, agora de fazer, desempenhar um trabalho em equipe não existe (PROFISSIONAL 1).

Quanto à percepção dos usuários sobre o que é um atendimento humanizado, estes reconhecem a sua importância, concebendo-o com uma atenção que se aproxima dos sujeitos, mais abrangente, onde predomina os valores afetivos e educacionais. Na fala dos entrevistados percebemos essa significação: “Humanização é tratar melhor o outro, um tratamento carinhoso” (USUÁRIO 61); “Tratar direito, atender bem ao ser humano” (USUÁRIO 8); “O tratamento sem restrições, a qualquer pessoa sem diferenciar” (USUÁRIO 77).

Do ponto de vista do amplo e polissêmico termo "humanização", na perspectiva de alguns dos entrevistados pressupõe-se a criação de novas propostas de atenção. Em suas falas pode-se destacar o respeito à diferença, o protagonismo, a valorização dos sujeitos e a centralidade em processos relacionais, ou seja, a valorização do diálogo e interação entre profissionais e usuários. De fato, a PNH aposta para o fortalecimento das relações interpessoais e multiprofissionais durante toda a prática clínica, seja esta individual ou coletiva (BRASIL, 2004)

O significado da humanização em saúde vem se tornando cada vez mais amplo e atingindo vários aspectos, como: melhoria no processo comunicacional, efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, coresponsabilidade na atenção e na gestão, controle social, acolhimento e triagem com escuta qualificada, e a interligação das tecnologias em saúde (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009).

Nesse cenário ganha importância o que se define de tecnologia leve para implementação da humanização, pois a ela é atribuída às relações interpessoais, o acolhimento, a gestão de serviços, sendo assim, o território das tecnologias leves é base de atuação de todos os profissionais (GARCIA *et al*, 2010).

Para um atendimento humanizado é preciso saber escutar o paciente, saber orientar, conversar, receber bem, dar atenção. Têm profissionais que às vezes nem olha pra pessoa. É importante escutar a queixa das pessoas. Por que às vezes, quando num tem determinado serviço na unidade, é preciso encaminhar pra outro lugar (USUÁRIO 56).

A partir da perspectiva de humanização que brotou da narrativa dos usuários, 64% dos entrevistados avaliam os serviços da Unidade de Saúde da Família como humanizada, de acordo com suas próprias percepções do que viria a ser um atendimento humanitário. Já 25% acham que recebe em parte um tratamento humanizado, enquanto que 6% refere não receber esse tipo de atenção. As opiniões dos profissionais a respeito do que pensam sobre a humanização foram semelhantes:

Quando a gente fala num atendimento humanizado, nos referimos a saber respeitar, é você não ver os outros com nenhuma diferença, você tratar o outro como gostaria de ser tratado, embora exista diferenças culturais ou economicamente, mas você tem que tratar a pessoa como você gostaria de ser tratado (PROFISSIONAL 1).

De um modo geral, observa-se uma grande satisfação dos usuários com o cuidado oferecido, entretanto os profissionais não demonstram uma percepção tão positiva. Apenas 2 (13%) dos profissionais consideram a atenção humanizada, enquanto que 12 (80%) considera em partes e 1 (7%) como desumana.

Os entrevistados apontam a existência de condições não favoráveis para a concretização do cuidado humanizado, como: grande demanda, precária infraestrutura e sobrecarga de trabalho, mas afirmam que têm procurado desempenhar um cuidado baseado na evidência científica, no entanto, não estão completamente satisfeitos com o cuidado, pois acreditam que a relação profissional-usuário precisa ser aperfeiçoada. Desse modo, torna-se evidente nos depoimentos que para o desenvolvimento desta relação de vínculo e confiança é importante investir na capacitação em comunicação, relações humanas e grupais, e no controle social.

## CONCLUSÃO

De um modo geral, os usuários referem estar satisfeitos com os serviços ofertados e reconhecem práticas humanizadas na rotina da Unidade Básica, embora demonstrem em suas narrativas necessidades de melhorias, particularmente na organização das filas, distribuição de fichas, agendamento de consultas, infraestrutura da unidade e principalmente no acolhimento.

Houve divergências de opiniões entre usuários e profissionais quanto à percepção de humanização, havendo menor satisfação destes últimos com a qualidade da assistência, que de acordo com os próprios profissionais isto é consequência das precárias condições de trabalho, da grande demanda, da sobrecarga de trabalho e, particularmente, das desarticulações entre a equipe.

Nessa perspectiva, envolver-se mais com o trabalho e ampliar a prática clínica parece ser pontos cruciais para a instituição de novos modos de “produzir saúde” que minimizem a medicalização e reduzam a dependência pelos serviços, além, é claro, de ajudar no atendimento das necessidades sociais e de saúde da população de acordo com suas realidades concretas de vida.

A dimensão subjetiva do cuidado foi apontada pelos entrevistados como de extrema importância para garantir a satisfação pelo cuidado. Nesse sentido, consideram a dimensão relacional e seus atributos, como foi visto, uma importante tecnologia para o diagnóstico e intervenções no processo saúde-doença e, conseqüentemente, como poderosos instrumentos para a realização de uma clínica ampliada.

Para tanto, mostra-se necessário à aquisição de ferramentas e tecnologias como a escuta qualificada, boa comunicação, atenção permanente e respeito às necessidades do usuário. Além disso, investir em estratégias de intervenções voltadas para promoção a saúde e de vigilância sobre grupos de risco, com o intuito de minimizar a demanda e tornar o tempo mais propício a um atendimento integral e humanizado.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2004. 20 p.

ESPERIDIAO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/16.pdf>>. Acesso em: 04 setembro 2012.

FERREIRA, C. L. **Humanização e gestão estratégica numa instituição de pesquisa: o caso do IPEC**. 2011, 79 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Programa de Pós Graduação em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Mangueiras, RJ, 2011.

GARCIA, A. V. et al . O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312010000300007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312010000300007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 agosto 2011.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000100031](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100031)>. Acesso em: 01 março 2013.

GUEDES, H. H. S.; CASTRO, M. M. C. Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em Saúde. **Serv. Soc. Ver.** Londrina, v. 12, n.1, 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10035/8770>>. Acesso em: 03 março 2013.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. In: GARCIA, M. A. A.; FERREIRA, F. P.; FERRONATO, F. A. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n1/v10n1a06.pdf>>. Acesso em: 04 novembro 2012.

MINAYO, M. C. S. (Org). **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a19v20n4.pdf>>. Acesso em: 04 setembro 2012.

SILVA, N. M.; MUNIZ, H. P. Vivências de trabalhadores em contexto de precarização: um estudo de caso em serviço de emergência de hospital universitário. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 11, 2011. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v11n3/artigos/pdf/v11n3a06.pdf>>. Acesso em: 04 março. 2012.

TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, G.W. S. Caring and humanize: relationships and meanings. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000900036&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000900036&script=sci_arttext)>.

Acesso em: 04 setembro 2012.

TRAJANO, A. R. Castro.; CUNHA, D. M. Processo de trabalho no samu e humanização do SUS do ponto de vista da atividade humana. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000400006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000400006&script=sci_arttext) >. Acesso em: 04 março 2012.

WALDOW, V.R.; BORGES, R. F. Caring and humanize: relationships and meanings. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 3, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/en\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/en_17.pdf)>. Acesso em: 02 julho 2012.