

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

**GREICY ABEL GONÇALVES**

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A  
POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO MUNICÍPIO  
DE ARARANGUÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Joni Marcio de Farias

**CRICIÚMA  
2019**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

G824p Gonçalves, Greicy Abel.

Percepção dos profissionais de saúde sobre a Política Nacional de Humanização no Município de Araranguá / Greicy Abel Gonçalves. - 2018.

68 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2018.

Orientação: Joni Marcio de Farias.

1. Política Nacional de Humanização. 2. Humanização dos serviços de saúde. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4. Pessoal da área médica. I. Título.

CDD 23. ed. 362.10981

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla – CRB 14/1101

Biblioteca Central Prof. Eurico Back – UNESC

**GREICY ABEL GONÇALVES**

**PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A  
POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO MUNICÍPIO  
DE ARARANGUÁ**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 13 de agosto de 2018

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Joni Marcio de Farias - Doutor (UNESC) - Orientador

Prof. Luciane Bisognin Ceretta - Doutora - (UNESC)

Prof. Indianara Reinaud Torette Becker - Doutora - (UNESC)



Dedico este trabalho ao meu esposo  
Isaac e meu filho Theo.



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade de passar por essa experiência e por me direcionar em todas as etapas da minha vida.

Meus sinceros agradecimentos ao meu orientador Professor Doutor Joni Marcio de Farias, pelo exemplo de dedicação e sabedoria, apoio e confiança que me deu durante esta etapa, por todos os momentos que me acolheu diante das dúvidas, angústias e sempre acreditando no meu potencial.

Agradeço aos membros da banca, responsáveis por contribuições valiosas para o aprimoramento deste trabalho.

Aos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde que participaram da pesquisa. Sou muito grata!

E um agradecimento especial à minha família, meu esposo Isaac e meu filho Theo, que me fazem acordar todos os dias com o objetivo de querer ser um ser humano melhor. Amo vocês!





“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

Carl Jung



## RESUMO

A Política Nacional de Humanização tem como objetivo materializar os serviços de saúde preconizados pelo SUS, que mesmo com conquistas importantes, ainda possui limitações para sua concretização. A PNH é uma estratégia importante para a efetivação das práticas de humanização, por ser uma política transversal, com princípios na indissocialidade relacionado à atenção e gestão. O presente estudo buscou analisar a percepção dos profissionais de saúde do município de Araranguá acerca da Política Nacional de Humanização. Por meio de uma abordagem qualitativa, foram entrevistados 38 profissionais atuantes na Rede Municipal de Saúde. Os resultados evidenciaram que os profissionais possuem dificuldades sobre a compreensão de humanização. Identificou-se diversas situações que impedem a prática de humanização, os profissionais relataram falta de tempo, alta demanda, problemas relacionados à infraestrutura e falta de ferramentas de trabalho e baixa valorização profissional como principais aspectos. Desta forma, o estudo possibilitou uma reflexão acerca das práticas de humanização e da importância da corresponsabilidade de todos os envolvidos para a efetivação da Política.

**Palavras-chave:** Política Nacional de Humanização. Humanização. Profissionais de Saúde.



## ABSTRACT

The National Humanization Policy aims to materialize the health services recommended by the SUS, which, even with important achievements, still have limitations for its implementation. The PNH is an important strategy for the implementation of humanization practices, as it is a transversal policy, with principles on indissociability related to care and management. The present study sought to analyze the perception of health professionals in the municipality of Araranguá on the National Humanization Policy. Through a qualitative approach, 38 professionals working in the Municipal Health Network were interviewed. The results showed that professionals have difficulties in understanding the Policy and the applicability of humanization in practice. It was identified several situations that impede the practice of humanization, professionals reported lack of time, high demand, problems related to infrastructure and lack of work tools and low professional valorization as main aspects. In this way, the study made possible a reflection about the humanization practices and the importance of the color responsibility of all those involved for the implementation of the Policy.

**Keywords:** National Humanization Policy. Humanization. Health professionals.



## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>17</b> |
| 1.1 OBJETIVOS .....   | 18        |
| <b>1.1.1 Objetivo geral</b> .....                                       | <b>18</b> |
| <b>1.1.2 Objetivos específicos</b> .....                                | <b>18</b> |
| <b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....                                    | <b>19</b> |
| 2.1 O DIREITO DE TODOS À SAÚDE .....                                    | 19        |
| 2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....                                      | 20        |
| 2.3 HUMANIZAÇÃO COMO UMA POLÍTICA .....                                 | 22        |
| 2.4 HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO ATUAL .....                                 | 25        |
| <b>3 MÉTODO</b> .....   | <b>28</b> |
| 3.1 CONTEXTO DE REALIZAÇÃO.....   | 28        |
| 3.2 LOCAL DO ESTUDO .....   | 28        |
| 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....                                       | 28        |
| 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....                              | 29        |
| 3.5 PROCEDIMENTOS .....   | 29        |
| 3.6 INSTRUMENTOS/TÉCNICAS UTILIZADOS NA COLETA .....                    | 29        |
| 3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....   | 30        |
| 3.8 ANÁLISE DOS DADOS .....   | 30        |
| <b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....                                   | <b>32</b> |
| <b>5 CONCLUSÃO</b> .....  | <b>51</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | <b>53</b> |
| <b>APÊNDICE (S)</b> .....   | <b>64</b> |
| APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA .....                                | 65        |
| APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E<br>ESCLARECIDO - TCLE ..... | 67        |





## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente, os cuidados em saúde no Brasil, eram de cunho filantrópico, principalmente religioso e o Estado comandava algumas ações para o combate de epidemias e intervenções. De acordo com Feliciello (1992), em 1923 foi criada a Lei Elói Chaves, que proporcionou aos trabalhadores que a sua saúde, fosse vinculada a previdência, resultando na criação do

Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A população envolvida foi contemplada por um projeto financiado pelos Estados Unidos (EUA), os Serviços Especiais de Saúde pública que proporcionava o primeiro atendimento (básico), em 1963, a 3<sup>o</sup> Conferência Nacional de Saúde reuniu diversos estudos sobre a criação de um Sistema de saúde para todos, agregado a crise da previdência, os movimentos foram crescendo e em 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde propuseram a Reforma Sanitária no Brasil e entregaram aos Constituintes. (FELICIELLO, 1992).

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu posteriormente às muitas lutas do Movimento da Reforma Sanitária dos anos 70 e 80, e os princípios norteadores foram pautados na Constituição Federal de 1988. A partir da criação do SUS, houve avanços significativos nos modos de produzir saúde, fez surgir vários questionamentos e repensar sobre o modo de cuidado. Neste contexto, no início de 2003, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização (PNH), apostando na humanização das práticas de gestão e atenção, nos modos de gerir e produzir saúde. A PNH se refere à organização social e institucional das práticas de atenção, qualificação da gestão e atenção à saúde, com responsabilização de todos os atores envolvidos e vínculo, que implica na atitude dos usuários, trabalhadores e gestores em todo processo. (BRASIL, 2003).

A Humanização foi o principal instrumento para propor as mudanças na organização do sistema como um todo, produzir saúde voltada para a atenção ao paciente, de acordo com a sua singular necessidade, co-responsabilizar todos os envolvidos no processo, fortalecer o compromisso do direito à saúde do cidadão, fortalecer o trabalho em equipe de modo a fomentar a integralidade e grupalidade, buscar engajar usuários, para que pratiquem a autonomia e protagonismo e implantar o acompanhamento das ações, valorizando as experiências que tiveram sucesso. (BRASIL, 2003).

Faz-se necessário compreender a PNH como Política Pública, em seu contexto, apresenta muitos desafios. Benevides e Passos, (2008)

reforça que a PNH é referência em se tratando de qualidade de vida, é ferramenta crucial para que se faça uma revisão e transformação na saúde pública, permitindo inspiração para a reconstrução de um sistema já existente, com ênfase no sujeito.

A humanização relembra o real significado do que é ser humano, é caracterizada por práticas que garantam o reconhecimento da necessidade do outro de maneira integral, sendo a integralidade, premissa do SUS e base para que a PNH se torne ferramenta de mudança do cenário das práticas existentes, onde o sofrimento do outro seja motivo de comprometimento em todas as ações, e que sejam transversais, construídas com base no diálogo e troca de saberes e que o respeito esteja presente. (AYRES, 2004).

Para que a Política de Humanização aconteça, trabalhadores e gestores devem estar comprometidos em ajustar suas condutas e buscar estratégias para minimizar os danos causados pela falta de humanização nas relações. Valores como empatia, solidariedade, respeito e compreensão que devem estar presentes em todo processo de produzir saúde. (BACKES; KOERICH; ERDMANN, 2007). Estabelecendo desta forma a necessidade de compreensão de como a PNH é desenvolvida na prática dos espaços de saúde, criando uma interface entre o real e o proposto, verificando as possíveis ambiguidades e quais são elas, motivo principal de desenvolvimento deste estudo.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo geral

Caracterizar a compreensão e o entendimento dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família sobre a Política Nacional de Humanização.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar o conhecimento dos profissionais sobre os princípios e diretrizes da PNH
- Compreender a relação entre o proposto na PNH e a realidade das práticas em saúde;
- Descrever as potencialidades, perspectivas e fragilidades da PNH, frente às EFS de Araranguá.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 O DIREITO DE TODOS À SAÚDE

O Direito à saúde, observado individualmente, permite que as pessoas possam escolher qual condição de vida desejam ter, sua relação com o trabalho, com o tipo de vida que pretendem ter e quando ficarem doentes, a liberdade para escolher qual recurso de saúde para o tratamento. Ainda sob a ótica individual, o profissional de saúde pode escolher qual melhor alternativa para tratar tal enfermidade. Por outro lado, o direito à saúde prioriza a igualdade a todos, as limitações impostas dão complexidade ao viver em sociedade, proporcionando liberdade e o reconhecimento do direito à saúde. (DALLARI, 1988).

A Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como direito fundamental para o ser humano, oferece a garantia dos direitos de toda a população no que diz respeito às ações e serviços de saúde e reconhece a integralidade como articulação entre todos os níveis de atenção. Em seu Art. 196, a Constituição reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo por meio de Políticas Públicas econômicas e sociais, ações para a prevenção, proteção e recuperação da saúde, visando à redução do risco de doenças e demais agravos, com acesso universal e igualitário por meio do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 1988).

Na década de 90, iniciou o processo de implantação de Políticas Públicas que foram definidas na Constituição Federal, com diretrizes comprometidas com o povo, baseadas em uma nova maneira de produzir saúde, seguindo os princípios de Universalidade, atendimento integral, descentralização e participação da comunidade. (MENICUCCI, 2009).

Neste mesmo período foi publicada a Lei federal nº 8080/90, Lei Orgânica da Saúde (LOAS) que prevê a garantia das políticas públicas voltadas para a proteção, prevenção e recuperação da saúde e que desta maneira, promovam a diminuição de riscos de doenças e de outros agravos, estabelecendo ações individuais e coletivas que assegurem o acesso integral, universal e igualitário para todos, com atividades voltadas para o cuidado e não somente para as ações curativas. (BRASIL, 1990a).

Neste sentido, a criação da Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da população no processo de gestão do sistema e sobre as transferências de recursos financeiros para saúde (BRASIL, 1990b). As leis determinam o município como principal responsável pelas ações sobre saúde, ampliando a descentralização, a fim de que a execução dos serviços fosse por conta dos municípios, contando

com o financiamento das demais esferas de governo, criando assim um grande espaço de controle social. (YUNES, 1999).

A normatização do SUS tem sido regulamentada por diversas Leis orgânicas e outras Leis municipais e estaduais, além de decretos, emendas e portarias. O processo de operacionalização do SUS segue orientações das Normas operacionais básicas (NOBs) e Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS), criado após amplo processo de discussão entre os gestores de saúde e seguimentos da sociedade pelo Ministério da Saúde. (MAZZUCO; VIEIRA, 2016).

Com a criação do SUS, os direitos à saúde foram garantidos a todos, independentes de classe social, assegurando saúde integral e gratuita para toda a população, tendo como princípios norteadores: saúde como direito de todos e dever do Estado, universalidade e equidade do acesso, promoção, recuperação, prevenção e reabilitação da saúde, integralidade na assistência, descentralização das esferas de governo, participação popular, financiamento Tripartite entre a União, Estado e Municípios, por intermédio de recursos de seguridade social. (PAIM; SILVA, 2010).

## 2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Desde os Anos 90, o Brasil adota um Modelo de Saúde organizado à partir da Atenção Básica. Para o Brasil, a Conferência internacional de Alma Ata, realizada em 1978 pela OMS, se tornou referência e inspirou o início das primeiras experiências em serviços municipais de saúde, trouxe exemplos e conceitos práticos sobre a organização dos serviços, que posteriormente foram substituídos pela implantação do PSF. (GIL, 2006).

A necessidade de criação da atenção primária foi devido ao grande impacto reconhecido nos países que adotaram e obtiveram melhores indicadores de saúde e melhor eficiência dentro do sistema, com a melhora na resolutividade do processo de trabalho, tratamentos mais efetivos em se tratando de doenças crônicas e maior satisfação dos usuários sobre o acesso aos serviços. (BRASIL, 1998). Desde 1990 com a construção do SUS, os sistemas de saúde se organizam em bases territoriais, a fim de compreender a complexidade das relações existentes e melhorar o acesso dos usuários nos serviços de saúde, deixando mais próximos de suas residências.

É concebida como o primeiro contato dentro do sistema, onde os profissionais devem ter um olhar ampliado ao problema do usuário, proporcionando uma atenção generalizada e atendimento personalizado.

Nível de sistema que oferece todas as possibilidades de entrada para resolver os problemas e necessidades, é voltado ao atendimento para a pessoa e não unicamente direcionado para a enfermidade e conseqüentemente atribui condições de atendimento para quase todas as solicitações. (BRASIL, 2007).

A APS é uma estratégia que propõe à reorganização do sistema de saúde, representado pelo primeiro nível de atenção e modelo para a mudança da prática da clínica assistencial, que envolve os profissionais de saúde. Um sistema de saúde baseado na APS utiliza práticas de organização e de gestão em todos os níveis do sistema, a fim de obter eficiência e efetividade nos serviços, fomenta a participação popular, proporcionando o fortalecimento nas ações de planejamento e ação e com isso a consolidação do SUS, organizado e com fluxos regulados, contemplando os critérios epidemiológicos, econômicos e culturais. (OLIVEIRA, 2007).

As ações realizadas no serviço público de saúde estão voltadas para o número de consultas e procedimentos e a APS vem como uma proposta de desmitificar os atributos quantitativos e focar em alcançar a universalização, equidade e integralidade, garantidas por meio da Constituição de 1988 e que propõe integração entre as ações e serviços nos diversos níveis de atenção de modo que possa satisfazer os cuidados demandados por um indivíduo na sua totalidade. (BRASIL, 2006).

Para garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde, as práticas devem estar voltadas para a família, de modo a reconhecer as necessidades dos usuários em todo seu contexto. No entanto, a falta de infraestrutura adequada nas Unidades de saúde, de capacitação profissional, da precariedade nas relações interpessoais e o subfinanciamento formam um conjunto de realidades existentes que impedem que a APS seja efetiva no SUS. (BRASIL, 2010).

Para referenciar as narrativas acima, utilizamos descrições que apontam os quatro elementos estruturantes na atenção primária: acessibilidade, que diz respeito à demanda de atendimento e a disposição em atender na conveniência necessária; a variedade de serviços que corresponde aos serviços disponíveis à população; a definição da população eletiva que engloba o quanto o serviço de atenção à saúde pode identificar os indivíduos pela qual assumiu responsabilidade; a continuidade que consiste em não interromper os serviços prestados, traduzindo a real necessidade na utilização dos serviços e poder de reconhecimento dos problemas pelos profissionais de saúde. (ALMEIDA, 2005).

Este modelo de atenção à saúde se destaca mundialmente por estar projetado a atender as principais atribuições do cuidado primário, cujas atividades são desenvolvidas por equipe multidisciplinar, organizadas geograficamente, de acordo com cada território, estruturas fundamentais para que a cobertura seja efetiva e as famílias atendidas. (COSTA, 2012).

### 2.3 HUMANIZAÇÃO COMO UMA POLÍTICA

O Ministério da Saúde, instituiu em 2003 a Política Nacional de Humanização, que implica diretamente nos modos de cuidar, tendo como pilar uma construção para qualificar a produção de saúde. (BRASIL, 2008).

Para Deslandes (2004), humanizar na saúde é proporcionar a felicidade humana, através das tecnologias de saúde disponíveis, a fim de estabelecer o bem comum para todos os atores, ressaltando a realização de valores e minimizando os efeitos desumanizantes.

Sobre a ótica da gestão, a PNH tem como prioridade a implementação da valorização e participação de todos os atores envolvidos, horizontalizando as decisões, estimulando a responsabilidade compartilhada. (BRASIL, 2007).

A humanização é um processo desafiador, valoriza aspectos emocionais, subjetivos e até os aspectos que envolvem mudanças na gestão e nas práticas de saúde. Quando inserida e compreendida como um todo, proporciona aos profissionais de saúde o seu real valor, e passam acreditar na capacidade de cada indivíduo como parte principal do processo para construir um atendimento mais justo. (CECCIM, 2004).

Trabalhadores, usuários e gestores são os atores no processo de humanização e se articulados, formam uma estratégia poderosa para a melhoria dos serviços de saúde, com propósito de transformar as relações de trabalho, reconhecer as potencialidades de todos os envolvidos e promover a corresponsabilidade, protagonismo dos sujeitos pacientes, que são usuários e parte fundamental de todo o processo. (BRASIL, 2010).

Sendo assim, a humanização estimula a mudança do modo de pensar e cuidar à saúde, compreendendo que o cuidado e a humanização percorrem uma linha tênue, é como se humanizar fosse uma medida de resgatar o cuidado enfatizando a valorização do respeito à vida, é uma prática onde o profissional insere na sua prática assistencial, a ética e o respeito ao outro, tendo a sensibilidade de articular o cuidado para atender o imprevisível. (SIMÕES et al., 2007).

A noção de transversalidade aponta para práticas em conjunto, que criam condições para a subjetividade e protagonismo corresponsável. (PEDROSO, 2009). Transversalizar propõe saberes e práticas em um mesmo plano, é a junção de quem faz e quem elabora, uma prática horizontal do início ao fim.

Através da transversalidade, diferentes ações são implicadas no sentido de orientar as práticas de atenção, da gestão, do processo de trabalho no SUS, construindo uma relação de confiança entre usuário e trabalhador, contagiando por meio de ações humanizadoras todos os atores envolvidos no processo. (BRASIL, 2009). É por meio do coletivo, de diferentes contextos e realidades que a transversalidade aponta para a criação de práticas comuns, propõe rede de trabalhos coletivos, laços de afeto e redes de conversação. (TEIXEIRA, 2005).

Com o propósito de estabelecer relações transversais de vínculo, afeto e confiança entre a equipe e o usuário a PNH aponta o acolhimento como uma estratégia importante, objetivando reconhecer o que o outro traz consigo e sua absoluta necessidade de saúde e construído na coletividade. Deve acontecer por meio de uma escuta qualificada sobre as necessidades do usuário e sempre que possível garantir o acesso aos serviços de maneira qualificada, garantindo a efetividade do serviço prestado. (BRASIL, 2010).

A Cogestão amplia os processos de decisão, inclui novos sujeitos no processo de trabalho e aumenta as tarefas, de modo a transformar o espaço de realização da política, em um local onde as atividades são pactuadas, o aprendizado é construído e a responsabilidade partilhada. Humanizar é construir relações que afirmem os valores que norteiam a Política de saúde, por um mesmo objetivo que é o bem comum. Compreendida a necessidade de humanizar o serviço de saúde, a PNH, compreende os mais diversos sujeitos implicados na produção de saúde. (BRASIL, 2013).

Todos os envolvidos devem estar comprometidos com a estratégia de grupos de trabalho de humanização, que melhora o acesso e serviços disponíveis, a cogestão promove uma nova maneira de administrar, incluindo o pensar e o fazer coletivo, valoriza a participação dos sujeitos no processo de produzir saúde. (BECCHI et al., 2013).

Para Campos (2000), um dispositivo de gestão para o coletivo é o método chamado de Paideia, que propõe a inclusão nos espaços de gestão e como requisito, a reorientação nos modos de gerir e agir, incluindo atores com diferentes desejos, interesses e necessidades, considera ainda a criação de espaços coletivos para fomentar o exercício de cogestão, considerando as demandas existentes, a valorização das tarefas através da

co-responsabilidade, considerando as subjetividades nos modos de produzir saúde.

Outro formato para organizar o processo de trabalho na ESF, tendo como premissa a co-responsabilidade entre os sujeitos e gestão participativa foi descrito por Casanova, Teixeira e Montenegro (2014), denominado TEIAS-Escola Manguinhos. A criação de colegiados de gestão que atuaram como ‘apoiadores institucionais’ compreendidos como aqueles que fazem a mediação da gestão e do trabalho, no intuito de favorecer a produção de saúde coletivamente, valorizando a subjetividade de cada indivíduo e respeitando a sua individualidade. Na experiência TEIAS-Escola, formou-se uma equipe multidisciplinar e os profissionais apoiadores/integrantes buscaram interligar os dispositivos propostos na PNH e trouxeram para as suas práticas. Como estratégia de cogestão, esta experiência é uma realidade de que é possível criar dispositivos para tornar real o proposto na PNH.

O conceito ambiência valoriza as construções baseadas nas situações, em um determinado local e tempo, segue primordialmente três eixos principais: o espaço que visa o conforto do paciente, focada na privacidade, o espaço que permite a produção de subjetividades, por meio de reflexões no processo de trabalho e o espaço como ferramenta para facilitar o processo de trabalho. A ambiência proporciona o encontro dos sujeitos, o que facilita a capacidade de reflexão de todas as pessoas envolvidas no processo de trabalho, o espaço deve propiciar a oportunidade de garantia de inclusão, garantia da integralidade como um todo. (BRASIL, 2010).

Para caracterizar o conforto para uma humanização efetiva, Ribeiro, Gomes e Thofehrn (2014), apresentam o conforto no espaço de trabalho a fim de valorizar as subjetividades dos envolvidos, no sentido de um espaço físico agradável para trabalhar, um ambiente que possa estabelecer relações mútuas entre os profissionais, usuários e gestão, tornando o espaço, ferramenta que fomenta o processo de trabalho e produção de saúde. Bestetti (2014), complementa que quando o espaço proporciona harmonia e é acolhedor, contribui para a otimização do atendimento e resolução dos problemas, mas ambiência é referenciar a participação e o protagonismo dos sujeitos, vai além de ser somente relacionada ao espaço físico, ela também colabora para o encontro das pessoas.

Documentos oficiais do Ministério da Saúde, como o lançado em 2010, a Cartilha da Ambiência (BRASIL, 2010), também refere-se a ambiência como objeto de mudança, afirma que um espaço de trabalho funcional e adequado deve proporcionar vivências positivas, de modo a



construir relações prazerosas, que as UBS sejam construídas de modo a fomentar o encontro dos profissionais e comunidades, integrando-os, dando abertura e acesso e por outro lado, que seja projetada de modo a oferecer segurança para todos.

Programar e executar procedimentos humanizados, com possibilidade de atender e corresponder às necessidades dos cidadãos diz respeito inclusive ao espaço em que os profissionais atuam e onde acolhem a população, para Benevides e Passos (2005), a humanização é uma política pública, instrumento de construção e troca de saberes, que investem nos modos de produzir saúde.

Os grandes desafios dos profissionais da área da saúde são de tornar o atendimento mais humano e participativo, ações simples na rotina de trabalho podem melhorar a convivência entre as pessoas na rede, atitudes éticas como esclarecer as dúvidas sobre a doença da pessoa, sobre o efeito dos medicamentos no organismo, atos de comunicação que possibilitam humanizar o atendimento, é tradução de reconhecimento da pessoa como ser humano. (SILVA, 2017).

## 2.4 HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO ATUAL

A Humanização vem sendo entendida como um caminho exitoso, uma prática de atenção que corresponde ao acesso do serviço com qualidade para todos os envolvidos no processo de humanizar o que gera o comprometimento de produzir saúde e produzir sujeitos por meio dos princípios e diretrizes do SUS, a fim de enfrentar os problemas da população. (SOUZA; COSTA, 2010).

Mesmo com algumas tecnologias incorporadas e avanços, o sistema ainda apresenta fragilidades relacionados ao processo de trabalho e das relações entre os profissionais, formação dos profissionais de saúde distante da realidade, modelo de atenção voltado principalmente na relação queixa-conduta, segundo Duarte (2005), os profissionais devem ter uma visão mais holística do ser humano, reconhecer as suas atribuições e deveres com o outro.

A equipe de saúde pode gerar mudanças nos serviços assistências, porém precisa do entendimento em espaços públicos, e que as relações nestes espaços devem preconizar a humanização, o reconhecimento dos direitos acerca da saúde. Cecílio e Lima (2000), o Programa de Humanização, busca sensibilizar os profissionais, para que trabalhem de maneira integrada, tornando o ambiente de trabalho mais harmonioso, de boa convivência e com menos desavenças.

O fortalecimento da equipe, a valorização das práticas da gestão e atenção, a construção do protagonismo e autonomia dos sujeitos com democratização do trabalho, articulados simultaneamente, transformam a maneira de produzir e prestar serviços à comunidade, positivamente. (BRASIL, 2004).

A Política trouxe resultados positivos, reforçando a importância de espaços coletivos de construção, troca de saberes, protagonismo dos profissionais, gestores e usuários, a fim de articular e melhorar os serviços prestados à população. Nesses encontros, a reflexão é muito importante, fazem com que os profissionais se sintam capazes de solucionar e resolver problemas, dificuldades enfrentadas na rotina de trabalho. A relação entre profissionais, gestores e usuários, de maneira participativa, proporciona o protagonismo do sujeito, refletindo, inclusive, nos resultados que buscam encontrar. (DORICCI, 2016).

A participação do usuário é essencial para a tomada de decisão no processo de trabalho, contudo, a humanização depende do ouvir e do falar, de permitir que as palavras expressas pelo outro sejam compreendidas. Compreender o anseio do outro, a maneira como se expressar, enxergar o usuário como pessoas tem que vontades, perspectivas de futuro e uma história, por trás de cada atendimento. A PNH reforça que humanizar é garantir que o sofrimento humano seja amenizado e as dores minimizadas. (SANTOS 2016).

Um exemplo de estratégia é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que reúne e articula ações de maneira multiprofissional, reconhece a importância dos saberes de cada indivíduo, e molda para a chamada equipe de referência, por meio da colaboração de todos envolvidos no processo de trabalho, valorizando a maneira de entendimento e olhar de cada um, com ações no coletivo para atender as necessidades da população (SILVA ET AL, 2013). Outra estratégia é o Programa Saúde da Família, descrita como principal ferramenta para auxiliar a materialização da humanização no SUS, busca estabelecer entre profissionais e usuários uma relação construtiva e que ambos sejam responsáveis pela produção de saúde. (GRANJA; ZOBOLI, 2012).

Um estudo realizado em 2010 em uma Unidade de Saúde localizada no município de Natal/Rio Grande do Norte reuniu informações de 16 profissionais de saúde sobre atendimento humanizado às crianças. Os profissionais relataram o ato de acolher e tratar bem as pessoas como postura profissional importante para conseguir atender as necessidades da população, também neste sentido, enfatizaram a prática de fazer o devido encaminhamento do usuário, dando suporte no percorrer deste indivíduo em todo processo de atendimento. Salientam a

importância da comunicação entre os profissionais a fim de que em forma integrada consigam solucionar o problema do usuário, como preconiza a PNH e seus dispositivos. (MONTEIRO et al., 2012).

No trabalho realizado por Belucci Júnior e Matsuda (2011), no Hospital da Santa Casa de Misericórdia no estado de São Paulo relatou a implantação de um Sistema de Acolhimento com classificação de risco e o uso do fluxograma analisador. A implementação contou com capacitação para os profissionais no tocante a sensibilizá-los, reorganizou o serviço de acordo a emergência, buscou organizar os recursos provenientes da gestão e planejamento. O desfecho do estudo comprovou que houve melhora no atendimento, tornou-se mais humanizado e organizado no sentido de atender os usuários por classificação gravidade.

A literatura apresenta experiências exitosas utilizando a humanização, como o Projeto Acolher (SATO; AYRES, 2015), realizado em uma Unidade de Saúde na periferia Oeste da cidade de São Paulo, onde os profissionais começaram a identificar um desgaste no processo de trabalho, devido à alta demanda de usuários por consequência uma má qualidade na prestação de serviço. Inquietações que viraram objeto de discussão e durante as reuniões estabeleceram o acolhimento como estratégia para minimizar os fatores negativos. O projeto objetiva unir todos os profissionais no mesmo propósito, os profissionais engajados transformaram a sala de espera em uma aconchegante sala de estar, valorizando a ambiência do local, como oferecer água, café, biscoitos e por fim alcançando o propósito de criar novas formas de se relacionar e tornar mais humana as relações.

### **3 MÉTODO**

Para a análise do conhecimento dos profissionais sobre a PNH, utilizamos uma pesquisa transversal, descritiva por meio de um levantamento normativo, a qual procura reunir dados de conhecimento de uma população e apresentar os resultados na forma de padrões comparativos.

#### **3.1 CONTEXTO DE REALIZAÇÃO**

Com a possibilidade de compreender as fragilidades e potencialidades no processo de trabalho, acerca da Política Nacional de Humanização, a fim de caracterizar quais condições são necessárias para o surgimento de novas práticas subjetivas, corresponsáveis, autônomas e protagonistas dos profissionais que atuam no sistema público de saúde no município de Araranguá, e com a perspectiva de colaborar com o cenário de atendimento dos usuários e dos trabalhadores com conhecimento sobre a PNH. Se faz necessária a avaliação do conhecimento destes profissionais acerca da PNH e como ela pode contribuir para uma política mais efetiva e humanizada.

#### **3.2 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi realizado na cidade de Araranguá, conhecida também como Cidade das Avenidas, pertencente à Microrregião do Extremo Sul de Santa Catarina, possui segundo o último censo (2010), 61.310 habitantes. A área urbana do município é de 759 km<sup>2</sup> e a área rural, 2135 km<sup>2</sup>. Totalizam 303.91 km<sup>2</sup>. A Secretaria de Saúde de Araranguá é composta por 15 ESF (Estratégia Saúde da Família), todas localizadas em perímetro urbano.

#### **3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO**

A população de estudo foi constituída por profissional das Unidades Básicas de Saúde do município de Araranguá, totalizando 65 profissionais, sendo 16 médicos, 13 enfermeiros, 28 técnicos de enfermagem e 8 auxiliares de enfermagem.

### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critério de inclusão foi estabelecido ser profissional no sistema da saúde pública do município, ter completado mais de um ano no serviço, apresentar o termo de consentimento livre esclarecido assinado e a pesquisa respondida. Como critério de exclusão instituiu-se como o não preenchimento de qualquer dos critérios de inclusão e não ter formação em saúde.

### 3.5 PROCEDIMENTOS

Foi enviado o projeto para a Secretaria de Saúde do Município para conhecimento e aprovação da pesquisa ser realizada com seus trabalhadores. Após a aprovação todos os servidores receberam um convite para participar do estudo entregue em cada local de trabalho pelo pesquisador.

Posteriormente foram agendadas as visitas para aplicação do questionário a ser realizado no local de trabalho, foi entregue aos profissionais um envelope de cor parda contendo o termo livre esclarecido, documento de identificação da profissão e tempo de atuação, o instrumento de pesquisa (questionários autoaplicáveis), contendo questões abertas sobre a temática da PNH. Após o preenchimento individual e sem auxílio da internet os avaliados colocariam novamente os instrumentos no envelope, lacravam e devolvia ao pesquisador, sem expor qualquer um dos avaliados a situações desconfortáveis quanto ao conhecimento sobre a temática avaliada.

### 3.6 INSTRUMENTOS/TÉCNICAS UTILIZADOS NA COLETA

Após a entrega dos envelopes o primeiro documento preenchido pela avaliado foi o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo obrigatória a devolução assinada, em caso de não devolução o mesmo não faria parte do estudo.

O instrumento utilizado para avaliar o conhecimento dos profissionais sobre a PNH foi elaborado pelos pesquisadores (autoaplicável), e continham questões de identificação, tempo de serviço, profissão, especialização entre outros. Referente a temática as questões perfizeram a compreensão do que é humanização, fatores de interlocução entre teoria e prática, identificação de práticas de humanização, dificuldades e facilidades em inserir estas práticas nas rotinas de trabalho, princípios norteadores da política e a relação com os usuários,

identificando a percepção dos profissionais de saúde sobre a PNH (APÊNDICE A). Todos os questionários foram realizados de forma individual e sem uso de internet ou qualquer outro tipo de auxílio, garantindo o conteúdo internalizado e que constituído nas práticas profissionais.

### 3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense e ao local onde foi realizada a pesquisa mediante apresentação do projeto e carta de aceite (APÊNDICE B), tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos pacientes e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica. Aprovado pelo número do parecer 2.744.790.

Compreendemos que baseado nas respostas o município pode pensar e desenvolver estratégias, de qualificação, implantação e efetivação da PNH nas suas atividades profissionais contribuindo para um serviço mais qualificado, resolutivo e humanizado.

### 3.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados qualitativos provenientes desta pesquisa serão analisados com base em Bardin (2009), através da técnica de análise de conteúdo, no qual a autora relata ser um conjunto de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Tais procedimentos são criteriosos e possuem muitos aspectos observáveis, que colaboram no desvendar dos conteúdos.

Dentre as várias modalidades de análise de conteúdo, adotou-se a análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação. Sendo assim, a análise dividiu-se em três etapas: a) pré-análise; b) exploração do material e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. (MINAYO, 2008; BARDIN, 2009).

a) Pré-análise: fase de organização e sistematização das ideias, em que se retomam os objetivos iniciais da pesquisa fazendo relação com o material coletado, e se elaboram indicadores que orientarão a interpretação final. Nesta fase deve haver um contato exaustivo com o material de análise, organizando-o conforme sua representatividade, homogeneidade e pertinência;

b) Exploração do material: trata-se da fase em que os dados são codificados para se alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso o investigador busca encontrar categorias, que são expressões ou palavras significativas em função do qual o conteúdo será organizado;

c) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: nessa fase os dados brutos são submetidos a operações estatísticas que permitem colocar em relevo as informações obtidas. A partir daí o investigador realiza suas interpretações e propõe inferências de acordo com o quadro teórico e os objetivos propostos, ou identifica novas dimensões teóricas, sugeridas pela leitura do material.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão aqui apresentados de acordo com a estrutura do questionário utilizado, identificando a pergunta, algumas respostas dos trabalhadores de acordo com a estratificação escolhida para classificação da resposta e posteriormente a análise do pesquisador sobre as respostas e sua relação com a produção científica neste contexto.

Quando questionados sobre “O que você entende sobre humanização” (pergunta 1), podemos descrever que somente 5% dos entrevistados responderam identificando os pontos convergentes com o conceito descrito na política de humanização, a qual enseja a inclusão das diferenças nos processos de gestão e cuidado. (BRASIL 2013).

Para as análises qualitativas das respostas se fez necessário estratificar as possibilidades de resposta por critérios, entende totalmente (quando atende os critérios relacionados à PNH, de uma maneira ampla, clara e objetiva, correspondendo com os pilares e diretrizes da Política), adequado parcialmente (quando responderam parcialmente ao que corresponde à Política de Humanização e não menciona todos os eixos, porém consegue expor os principais fatores da Política), e não adequadas (quando não soube responder, ou então, respondeu completamente diferente do que a Política de Humanização apresenta), dialogando com significado de humanização, contextualizada na relação da práxis profissional.

Com relação ao entendimento dos profissionais sobre humanização, foram construídas as categorias: Entende Totalmente, quando o profissional consegue expressar de maneira o conceito amplo de humanização de acordo com a sua rotina de trabalho; Entende Parcialmente, quando por mais que não consiga ter um entendimento completo de humanização, consegue contribuir com o seu conhecimento parcial para um atendimento e relações humanizadas, e, por fim, não entende, quando o profissional não consegue ter uma compreensão adequada do tema.

Conforme ilustra, o fragmento a seguir:

### **Entende totalmente...**

*“E abranger a pessoa como um todo, saber atender, acolher, observar cada um como um todo e como interage e sofre com as situações do meio em que vive”.* Médico 1.



*“Humanização entendo que consiste em atender, ouvir, cuidar, conversar, entre outros. Coisas de forma mais humana, são ações com cuidado, sentimento e preocupação que só um ser humano de bem pode proporcionar”.* Enfermeira 30.

Os indicadores que nos remetem a descrever que estes profissionais entendem totalmente sobre a humanização é a narrativa sobre o acolhimento, a integralidade e escuta qualificada, premissas essenciais tratadas na política de humanização, já que acolher o usuário de maneira humanizada, fazer uma escuta qualificada significa atentar ao real problema do usuário, bem como o atender na sua integralidade, de modo a ouvir, dar atenção, fazer com que o usuário se sinta parte do processo e que se sinta à vontade para expressar da sua maneira, seja como for, o seu problema e/ou o que o levou até a Unidade de Saúde.

A baixa quantidade de profissionais assertivos neste questionamento pode ser justificada pela jovialidade da política e a falta de capacitação dos profissionais frente ao local de trabalho. Observando o tempo de formação inicial e complementar destes trabalhadores fica ainda mais evidente a necessidade de uma requalificação profissional que de conta deste olhar sobre o atendimento.

### **Entende parcialmente...**

*“Estabelecer vínculo primeiramente, individual, que proporcione uma troca de experiências, não apenas técnica, mas globais e caracterizadas pela valorização e respeito mútuos, despertando algo bom neste contato e posteriormente motivando sua permanência e reflexo desde individual e coletividade. Isso que é um ambiente harmônico e saudável entre profissional e paciente e toda equipe de saúde”.* Médico 17.

*“É o melhor atendimento com os pacientes, oferecendo atendimento de melhor qualidade ao sujeito e responsabilidade com o indivíduo de uma forma geral com respeito”.* Técnica de Enfermagem, 34.

Utilizou-se a narrativa de dois profissionais para situar o leitor sobre qual ótica transcrevemos sobre “entendem parcialmente” o que é humanização, os elementos identificados foram à valorização e respeito, responsabilidade com o usuário. Estas narrativas nos remetem a inferir que o profissional tem uma compreensão parcial ou fragmentada sobre humanização. Na compreensão ampliada sobre a humanização não se

concebe separá-la das suas práticas, precisa ser compreendida como a relação de vínculos entre profissionais e usuários, e/ou também relacionado à valorização e reconhecimento dos direitos da população, existe uma dificuldade na aplicabilidade das políticas públicas, no tocante de materializar os princípios das Leis e Políticas existentes.

Alguns autores estabelecem ainda uma relação direta da humanização com às condições de trabalho, modelo de assistência e avaliação do processo de trabalho dos envolvidos na produção de saúde. (MOREIRA, 2004). De acordo com a PNH (2010), é importante apostar na capacidade dos trabalhadores, a fim de definir seu próprio processo de trabalho. O Programa de Formação em Saúde e Trabalho e a Comunidade Ampliada de Pesquisa são ferramentas que fomentam o diálogo, fortalece os grupos de trabalhadores e auxilia na efetivação da participação dos trabalhadores nos espaços de gestão.

Independente da área de formação e por mais subjetiva que seja as relações interpessoais de humanização, empatia e até mesmo caridade, são virtudes que já deveriam estar presentes no cotidiano de cada profissional e ainda, que durante sua formação profissional fossem orientados e apresentados às práticas de humanização na prática, juntamente com professores e profissionais. (BRASIL, 2015).

### **Não entende...**

*“É a estreita relação entre usuários do SUS e profissionais de saúde”*. Enfermeira 20.

4. *“É o conhecimento do ser como um todo”*. Técnica de enfermagem

*“Criação de melhores condições para trabalhar”*. Técnica de enfermagem 28.

Humanizar é um ato primordial e está relacionado com a satisfação do usuário. As descritivas apresentadas acima caracterizaram uma visão fragmentada sobre o termo humanização, pois estão relacionadas ao ato de humanizar (usuário/paciente). De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), humanizar é tornar mais humana as relações, inclui gestores, trabalhadores e usuários, ou seja, todos os atores envolvidos no processo de trabalho, na gestão do cuidado. (PNH, 2010).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como objetivo promover, prevenir e dar proteção a toda população, com uma visão holística do

paciente, dando suporte desde a sua chegada na atenção básica, até a sua saída. A humanização é uma Política de saúde abrangente, representa um componente ético do cuidado que se produz ou não no campo de saúde, num espaço de encontro de escuta entre seres humanos. (FALK, 2010).

Reafirmando os princípios da PNH, a Humanização implica nas atitudes dos gestores, dos usuários, dos trabalhadores e da comunidade em geral, na consolidação de valores como o protagonismo e autonomia dos sujeitos, de solidariedade nos vínculos estabelecidos. Desta maneira, é necessário superar o isolamento dos serviços nos níveis de atenção, que gera a verticalização do cuidado, dificulta a comunicação entre as equipes e má qualidade na assistência. (BRASIL, 2008).

Em uma análise mais sistêmica, é possível perceber que se faz necessário um programa de formação continuada e permanente aos profissionais de saúde, gestores a fim de ampliar o conhecimento e compreensão sobre o modo de fazer saúde. Humanizar não é uma técnica, deve fazer parte da rotina diária e que muitas vezes são negligenciados pela excessiva carga de trabalho, por situações de muita tensão, repetitivas e complexas, agregados a falta de empatia, de uma comunicação adequada, indicadores que contribuem para a diminuição do vínculo entre profissionais e usuários, profissionais e profissionais, por vezes sendo até um mecanismo de defesa.

A PNH busca no processo de trabalho, a valorização dos serviços de saúde que depende de todos os envolvidos e não simplesmente de normas, burocracias e protocolos. Muito mais do empenho dos sujeitos, que para alcançar um sistema humanizado de saúde é necessário ajustarem a organização do trabalho e da gestão, mudar a maneira verticalizada dos discursos, o que torna difícil a comunicação e a efetivação das práticas de cuidado. (NORA, 2013).

A segunda questão faz inferência sobre quais fatores tem interlocução positiva e negativa com a prática de humanização e para contextualizar o motivo deste questionamento, utilizou-se Benevides e Passos (2005), que referenciam que antes da PNH, já havia propostas, atividades e projetos sobre humanização, porém a maneira vertical que era organizada apontava para dois problemas, a banalização do tema humanização e a fragmentação das outras práticas de saúde. Em contraponto os princípios da PNH englobam o modo coletivo de produção de saúde e de sujeitos implicados na produção de saúde.

Neste contexto qualificação do sistema, a Política de Humanização não deve ser entendida como “apenas” mais um dos diversos programas existentes, mas sim como uma Política transversal em toda rede do SUS. (SARDENBERG, 2012). Estabelecendo uma dialética entre teoria e

prática alinhados aos fatores de interlocução positiva ou negativa com PNH, pautados nos termos que envolvem a humanização enquanto prática das Políticas Públicas de Saúde e, como estratégia para qualificar as práticas, caracterizará as respostas por haver uma interlocução positiva ou negativa.

### **Interlocução Positiva...**

*“Atendimento com abordagem exploratória, descritiva, assistência humanizada, a recuperação e a reabilitação do estado de saúde”*. Técnica de enfermagem (23).

*“Gera um reflexo global de valorização pessoal, tanto pela equipe profissional quanto para o paciente e comunidade”*. Médico (24).

*“Relação de carinho, respeito, amizade com o paciente”*. Técnica de enfermagem (10).

*“Atender as necessidades dos pacientes através do acolhimento, de modo a sair satisfeito, consultas e visitas domiciliares, convites, orientações, informações”*. Técnica de enfermagem (37).

O conjunto das falas possibilitou refletir que a compreensão é ampla, quando se trata de humanização e sua interlocução positiva com as práticas. Parafraseando, a humanização é um processo amplo, demorado e muito complexo, envolve características de cada profissional, mudanças comportamentais, e subjetivamente não está escrito em livros, e nem prontos em legislações, cada equipe, cada profissional, terá seu processo de humanizar, e neste sentido, a humanização vem sendo relacionada a ações como integralidade, satisfação do usuário, gestão participativa e o protagonismo dos envolvidos. (BERGAN, 2009).

Porém é possível observar que os profissionais compreendem que é possível com a inserção das práticas de humanização no processo de trabalho, melhorar o atendimento e a relação com o usuário. A técnica de enfermagem (10) afirma que a humanização proporciona relação de carinho e amizade com o paciente, demonstrando que a humanização pode favorecer o atendimento, não sendo apenas uma etapa/processo, mas uma relação de envolvimento entre os envolvidos. Neste sentido, a PNH aposta na construção de estratégias e alternativas para o enfrentamento dos mais diversos tipos de problemas relacionados à saúde, uma maneira de as relações serem mais fraternas, onde os sujeitos tenham afeto e

produzam saúde mutuamente, transformando a sociedade mais justa, igualitária e fraternal. (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

### **Interlocução Negativa...**

*“Falta de material para atendimento imediato, excesso de população por área, situação que o paciente precisa esperar mais”.* Técnica de enfermagem (37).

*“Desrespeito com as pessoas”.* Técnica de enfermagem (35).

*“Quando não se investe em melhorias nas condições de trabalho dos profissionais e não se oferta serviços mais humanizados à população”.* Auxiliar de enfermagem (22).

É relevante a percepção dos profissionais, pois a temática da humanização requer uma revisão das práticas cotidianas pautadas nos princípios como integralidade, equidade e participação social do usuário, é necessário criar espaços de trabalho onde cada sujeito seja valorizado de acordo com a sua singularidade e refletir se estes profissionais apresentam condições de garantir um atendimento humanizado, como relatou a Técnica de Enfermagem (37).

As respostas indicam que os profissionais identificam as consequências de não haver um processo humanizado e a necessidade de humanizar a relação. Para Goulart (2010), a realidade exige que o trabalhador valorize a efetividade, a sensibilidade como elementos fundamentais no processo de cuidado, essa relação de caridade, é possível principalmente por profissionais que sejam portadores dessas virtudes humanas essenciais, construindo assim, uma relação saudável e prazerosa.

De acordo com as respostas, pode-se perceber que os profissionais atuantes têm consciência da humanização e sua interlocução positiva e negativa nas práticas, o que pode ser considerado essencial para efetivar a Política e modificar o cenário de prática. Para os profissionais, a humanização tem relação com a valorização do trabalho, a redemocratização das relações do trabalho, que se dá pela inclusão dos trabalhadores nas atividades de gestão, valorização do seu crescimento pessoal, autodesenvolvimento e crescimento profissional, possibilitando a discussão em ambientes coletivos sobre salário e as condições de trabalho que diretamente interferem na qualidade da produção de saúde.

Ampliar o diálogo entre trabalhadores e comunidade, estimular as práticas de atenção com grande resolutividade, são fundamentais para minimizar os impactos da rotina diária, podendo contemplar a promoção de saúde no trabalho. A comunicação entre todos os atores, incluindo a gestão é fato preponderante, reforça o conceito de clínica ampliada, que se dá pelo compromisso com o coletivo, que impulsiona as diferentes práticas terapêuticas e co-responsabiliza gestores, trabalhadores e usuários no processo de produzir saúde e garante o acesso ao usuário com resolubilidade.

Ampliar o olhar sobre a necessidade da comunicação entre os profissionais e com os usuários pode contribuir para a mudança deste cenário. Dar atenção, ouvir, aproximar o usuário e fortalecer o vínculo, ou seja, se colocar no lugar do diferente nas relações de trabalho e no atendimento ao usuário é fundamental para o surgimento do atendimento humanizado.

Evidencia-se a necessidade de ampliação no quadro funcional para dar conta das demandas diárias e diminuição das filas, minimizando o desgaste interpessoal e sobrecarga de trabalho, pois um sistema mais efetivo, nos diferentes níveis de assistência, garante a efetividade, aumenta a satisfação dos trabalhadores e usuários. Ao mesmo tempo em que a carência de recursos financeiros para melhorias dos espaços físicos, materiais de serviço, com boas condições de trabalho e insumos para realizar as atividades, contribuem na melhora do entusiasmo, na satisfação e reflete em um melhor atendimento ao usuário e melhora na relação entre gestão, profissionais e usuários.

Na questão três, os profissionais foram questionados sobre os serviços que humanizam o atendimento.

Praticar a humanização no serviço diz respeito a melhorar a assistência, a relação com o paciente, o cuidado com o outro, considerando as suas respectivas especificidades, a missão de humanizar está relacionada a união interdisciplinar.

Na assistência, os envolvidos são colocados à frente da dor e sofrimento do outro, na doença e na constituição de sua história. O contato direto com outra pessoa, com suas angústias e frustrações, podem ocasionar tensões, medos e angústias nos profissionais, envolve o medo de errar, preocupação com o desfecho do problema do paciente, implicam na ausência do bem-estar e podem comprometer a qualidade no processo de trabalho.

Buscou-se identificar o conhecimento dos profissionais sobre as práticas de humanização em seu ambiente de trabalho e gerar uma reflexão acerca do tema. Em muitos locais, a dificuldade de colocar em

prática está relacionada à precariedade de materiais, a limitação das condições técnicas para trabalhar, a falta de capacitação para os profissionais são situações que resultam na baixa resolução dos problemas.

**Sim, são realizados...**

*"Sim, são realizados. O acolhimento individual, os grupos terapêuticos sem conversa com os profissionais de saúde na atenção dada para cada um, o fim das filas para marcar consulta".* Técnica de Enfermagem (38).

*"Sim, com a consulta individualizada, de forma individualizada para melhor solução para o usuário".* Médico (33).

*"Acolhimento e conhecimento da família do paciente".* O Médico (11).

*"Todos os atendimentos deveriam ser realizados com a prática da humanização, porém no dia a dia pelo excesso de trabalho acabamos não atendendo como deveria".* Enfermeira (16).

Os profissionais reconhecem os serviços que humanizam o atendimento, as narrativas vão ao encontro das propostas da PNH, no que se refere ao acolhimento como ferramenta para humanizar o atendimento ao usuário. A Enfermeira (16) aponta para uma reflexão que transpõe a ação profissional, reconhecendo que todos os atendimentos deveriam ser humanizados. Identificando que os serviços de humanização são percebidos pelos profissionais, como promoção do cuidado, mas a excessiva jornada de trabalho e a alta demanda implicam na descontinuidade com o usuário do serviço e sem a efetiva autonomia, que para Costa (2004) a autonomia do sujeito é uma prática necessária, para que seja inserida na rotina, com valorização das subjetividades de cada indivíduo.

Partindo do pressuposto que os trabalhadores são os protagonistas para realização de serviços humanizados, é necessário considerar os sentimentos, desejos e necessidades, considerar ainda que humanizar é oferecer um atendimento de qualidade com o cuidado e condições de trabalho para os profissionais, com número adequado para atender a demanda, proporcionar melhorias nas condições de trabalho e melhores

condições de salário, são alguns objetivos que podem contribuir para a qualidade da assistência. (BRASIL, 2013).

A PNH tem inclusive a preocupação com a capacitação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde, para que possam aprimorar os seus conhecimentos, desenvolver habilidades e que tenham as suas necessidades supridas onde sejam considerados os princípios e valores acerca da humanização, contribui na formação de profissionais comprometidos e preocupados com as necessidades da população. (MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006).

A PNH surgiu para dar subsídios sobre a reflexão da atuação clínica, incentivar a ampliação de discussões sobre a humanização e contribuir com a incorporação de premissas como a integralidade, acesso integral dos usuários aos serviços de saúde. Bem como um olhar mais ampliado sobre o desenvolvimento tecnológico, o qual contribui para a efetivação das Políticas Públicas, porém, tem apontamento para a falta de humanização nas relações e processo de trabalho e outros aspectos devem ser considerados.

Diante disso, a questão quatro questiona: “Compreendendo que você tem conhecimento sobre Humanização, quais as dificuldades que você encontra em seu local de trabalho para a efetividade da Política?”

### **Dificuldades...**

*"Quando não há interação entre gestão, trabalhadores e usuários, quando a oferta não está de acordo com a demanda, muitas vezes frustrando a equipe em resolver o problema do usuário". Enfermeira (22).*

*"Tempo de ouvir, pois no meu caso, sou assistência e gerencia o que diminui o tempo para ouvir". Enfermeira (18).*

*"Pacientes precisam entender como funciona a UBS, porque chegam muitas vezes agitados e ofendendo os profissionais". Técnico de Enfermagem (10).*

*"A compreensão sobre humanização voltada para equipe". Enfermeira (27).*

Observando as respostas, percebe-se primeiramente que somente os profissionais de enfermagem tem descrições, isso porque outros profissionais como médicos não responderam à questão. Na continuidade



da análise, a falta de compreensão sobre o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia de todos os sujeitos envolvidos, sejam eles pacientes e/ou trabalhadores. Um SUS humanizado deve reconhecer cada indivíduo como cidadão que possui direitos e incentiva a sua atuação na produção de saúde. Pasche (2009), descreve sobre o método da tríplice inclusão, diz que coexistem três modos que seriam: a inclusão de todos os atores envolvidos na produção coletiva de saúde, o que provoca uma construção coletiva e proporciona discursos coletivos, a movimentação de movimentos sociais, expressando os interesses dos diversos grupos e movimentos sociais e incluir o outro, que significa uma desestruturação do poder, para que sejam construídas, ações coletivas, ações em comum.

Relacionando a falta de tempo na efetivação de práticas de humanizadas com os objetivos da PNH, há necessidade de um reposicionamento e o diálogo entre os gestores, trabalhadores e população, promovendo a gestão participativa, que direciona as práticas de atenção compartilhada e resolutivas, viabiliza a participação efetiva dos profissionais por meio de processos interativos, envolvendo planejamento e tomada de decisão, para que qualifiquem suas potencialidades, e melhore a percepção sobre humanização e o todo que envolve. (ARCHANJO; BARROS, 2009).

A humanização requer a gestão transversalizada, de modo a dar espaço para todos os envolvidos, buscar opiniões dos usuários, valorizar a interlocução de todos os trabalhadores. (PEDROSO; VIEIRA, 2009). O Trabalho se humaniza quando desde o contato inicial com o paciente, a singularidade seja respeitada, que possam construir um elo natural, saudável e a sensibilidade esteja intrínseca em cada um dos atores envolvidos.

Buscamos identificar o que impede os profissionais atuar na integralidade do cuidado, com práxis profissional e qualidade nas relações (equipe, usuários e familiares), com respeito, dignidade, ou seja, que o ser humano seja tratado como um ser único, na sua totalidade.

A questão 5 reflete sobre esta relação, “Pensando especificamente no atendimento, o que dificulta este processo de humanização na UBS?”. Evidenciando nas narrativas dos profissionais, dificuldades para tornar mais humano o atendimento, utilizamos como critério de análise das respostas as categorias: falta de tempo dos trabalhadores para realizar atendimento humanizado; alta demanda e sobrecarga de trabalho; e problemas relacionados ao sistema.

**Sobre a falta de tempo ficou evidenciado...**

*“Pouco tempo para atendimento.”* Médico (11).

*“Acúmulo de funções, fica escasso o bom atendimento por falta de tempo”.* Enfermeira (18). *“A maior dificuldade é o tempo disponível para atender a população, também necessidade de mais profissionais”.* Técnica de enfermagem (37).

*“Tempo disponibilizado, adequado para cada profissional e paciente disponível”.* Técnica de enfermagem (38).

*“Tempo escasso para muitas atividades”* Enfermeira (12).

De acordo com as narrativas, alguns fatores justificam a falta de tempo, como por exemplo, a alta demanda de usuários, o acúmulo de funções, o tempo restrito para cada profissional realizar o atendimento. Há necessidade de número adequado de profissionais para atender a demanda correspondente, na perspectiva de oportunizar condições para que cada profissional consiga realizar suas atividades em plenitude, com conhecimento, atenção e zelo para com o usuário. (NAVARRO, 2013). A Estratégia de Saúde da Família (ESF), preconiza em realização da cobertura assistencial em um modelo multiprofissional, com definição do território. Porém, apesar da criação do ESF e a Unidade de Saúde como porta de entrada para os serviços de saúde da população, se depara com situações de descontinuidade frente às demandas exigidas. Os relatos fazem um chamado para a reflexão no sentido de buscar soluções, respeitando as necessidades reais, com ações efetivas para a qualidade e vida das pessoas. (PENNA; HEMMI, 2009).

### **Sobre a alta demanda e sobrecarga de trabalho...**

*“Grande demanda”.* Médico (5).

*“As demandas de exames e consultas”.* Técnica de enfermagem (14).

*“O número de usuários, que acaba afetando, pois não consegue dar a atenção adequada para cada paciente, ouvindo o usuário como deveria”.* Técnica de enfermagem (34).

*“Tempo escasso para muitas atividades”.* Enfermeira (12).

*“A maior dificuldade é o tempo disponível para atender a população. Também há necessidade de mais profissionais”.* Técnico de Enfermagem (37).

*“Tempo para atendimento”.* Médico (11).

A sobrecarga dos profissionais compromete o acolhimento e a escuta qualificada que deve estar presente em todo percurso do usuário, e também nas relações de trabalho entre gestão e trabalhadores. Para Dantas de Oliveira Souza e Lisboa (2002), a insatisfação pessoal dos profissionais leva a desgastes físicos e emocionais, e isso é reflexo de má condições de trabalho, gerando dificuldades em realizar o trabalho diário e mais humanista.

A falta de profissionais para atender as respectivas demandas, pode ser considerado um problema crônico no SUS (CAMPOS et al., 2014), fato que observamos durante a realização da pesquisa, pudemos observar esta realidade, inclusive com dificuldades na aplicação dos instrumentos de pesquisa. Por várias vezes os profissionais interrompiam o preenchimento e até tinham dificuldades para sentar e responder o questionário durante o horário de trabalho, devido às múltiplas funções exercidas e o número de pacientes a serem atendidos por profissional, que incidem na sobrecarga de trabalho.

### **Sobre problemas relacionados ao sistema...**

*“A parte física da UBS que muitas vezes não possuem materiais adequados ou estão sucateados”.* (Profissional não identificado).

*“A lentidão do sistema operacional disponível na Unidade”.* Técnico de enfermagem (28).

*“Quantidade x Qualidade. Dificuldades da população em entender o que ESF, que promovemos a saúde, não temos espaço para certas urgências e emergências”.* Enfermeira (31).

As narrativas dos profissionais condizem com a literatura, acerca da necessidade de um espaço físico adequado para realizar um bom atendimento. A não identificação de uma das falas corresponde a um profissional que preencheu todos os questionários mas preferiu não se identificar. O espaço físico, principalmente em se tratando de humanização, pode se tornar um obstáculo, pois se o espaço físico é

crítico, não possibilitando lugar necessário para acolher, e dar privacidade ao paciente, compromete as condições de trabalho (Souza e Ferreira, 2010). É necessário humanizar os trabalhadores, investir em ações como aumento do número de profissionais, salários compatíveis e adequados, ações educativas e integrativas e que permitam melhorar as suas habilidades. (AMESTOY; SCHWARTZ; THOFEHRN, 2006).

Como diretriz da Política Nacional de Humanização, a ambiência valoriza a criação de espaços coletivos para intervenções na saúde, vai além de uma estruturação físico funcional (BRASIL, 2006). A ambiência preconiza atender as necessidades físicas e ambientais das pessoas envolvidas, sejam usuários ou trabalhadores, espaço físico onde se possa trabalhar de modo seguro, funcional e resolutivo, que favoreça a acessibilidade e privacidade de cada indivíduo. (ITO, 2014).

A ambiência na saúde está relacionada também a uma assistência resolutiva, humana e acolhedora, descrita sobre três eixos principais: o espaço que visa à confortabilidade de todos os envolvidos; o espaço que proporciona a produção de subjetividades; e o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho. (BVS, 2009).

Neste sentido, a ambiência enquanto dispositivo apresenta-se como facilitador de novas produções, pautado em ações de integralidade e inclusão. Proporciona ainda, a quebra do paradigma da fragmentação do espaço físico.

A pergunta seis questiona: Você enquanto profissional da UBS pode sugerir ações, estratégias e facilidades que possam integrar e humanizar a rotina do seu local de trabalho? Para qualificar e aprofundar sobre este questionamento, as respostas foram categorizadas em “Ações” e “Estratégias e facilidades”.

### **Ações que podem contribuir para a humanização...**

*“Reuniões periódicas de avaliação de equipe, correção dos erros encontrados, mudanças de mentalidade da equipe e população”.* Auxiliar de enfermagem (22).

*“Arrumar o problema da internet, facilitando o atendimento, mais acomodações para o acolhimento”.* Técnica de enfermagem (28).

*“Primeiramente tem que dar mais autonomia de agenda aos profissionais de nível superior, pois são cobrados por produção contínua diária, não considerando a circunstância que estamos, falamos de pessoas humanas, profissionais e pacientes, e não de máquinas humanas.”*

*Uma ESF tem esse papel de atender demanda a qualquer um. (PRAZER de terceiro, ou de um sistema teoricamente perfeito, mas que na pratica não consegue oficializar seu conteúdo. Valorizar mais os profissionais e contratar mais além do básico médico e enfermeira”.* Médico (16).

*“Cursos, capacitações voltadas para humanização e acolhimento. A escuta e o ouvir é importante”.* Enfermeira (27).

Evidencia-se a importância de boas condições de trabalho, a necessidade de melhora no atendimento, falta de comunicação dentro da unidade de saúde, dificultando as relações e resolução dos problemas. Fazem referência da necessidade de capacitações sobre a PNH, estabelecendo relação entre a jovialidade da Política de Humanização e o tempo de atuação dos profissionais na Unidade de Saúde, antes mesmo do surgimento da mesma, se faz necessário a incorporação de uma capacitação sistemática aos profissionais do serviço de saúde.

Apontam que o diálogo entre trabalhadores, gestores e usuários, pode ser a solução dos problemas, muito mais efetiva quando resolvida em conjunto. A troca de conhecimento, valorizando a singularidade de cada indivíduo e proporcionando conexões entre todos, associado ao conhecimento empírico da população e técnico dos profissionais, valorizando as subjetividades, contribui para a construção coletiva de saúde.

### **Estratégias e facilidades no processo de humanização...**

*“Uma boa ideia são os grupos terapêuticos onde há boas rodas de conversa e troca de ideias”.* Técnico de enfermagem (36).

*“Estado clínico do indivíduo, mas também aspectos físicos, psicológicos e sociais, permitindo transcender a doença e o combate-la de maneira humanizada e a cura alternativa do tratamento”.* Enfermeira (25).

*“Sim, mutirões para desafogar as filas de espera”.* Auxiliar de enfermagem (32).

*“Acho que sempre motivar e mostrar a equipe o quão positivo é o cuidado, assistência ao paciente, quando humanizado. Quanto mais conhecemos melhor atenderemos o paciente”.* Enfermeira (9).

*“Mais espaço onde podemos conversar e orientar o paciente e escutar o que ele tem a nos dizer para poder ajudá-lo”*. Técnico de Enfermagem (4).

*“Uma livre demanda nos exames e consultas”*. Técnico de Enfermagem (32).

Transformar a rotina diária em satisfação mútua, de trabalhadores e usuários, é um processo longo, que sempre deve ser reinventado e reconstruído, porém é desafio constante para melhorar a cada dia a produção de saúde. Com a PNH, o Ministério da Saúde espera reduzir as filas e o tempo de espera, garantir a população, o conhecimento aos usuários, sobre os profissionais de saúde que atuam na Unidade, proporcionar a construção de uma gestão participativa, e também colaborar para a qualificação dos profissionais. (RANZI, 2013).

Analisando as respostas dos profissionais, na sua maioria reconhecem alguns fatores que precisam ser feitos para melhorar a prática de humanização no atendimento. A humanização exige sensibilidade e doação, perpassam inclusive situações psicológicas, e fazer com que o paciente seja participante do processo saúde-doença, da equipe, como lhe é de direito.

A Política Nacional de Humanização, aposta em alguns modos e processos de conduzir o trabalho em saúde, visa facilitar o enfrentamento de problemas e potencializar a produção de soluções criativas para cada problema, cada contexto. Um dispositivo que pode contribuir e foi relatado pelos profissionais é sobre a comunicação, que é uma ferramenta simples e possibilita a participação dos trabalhadores nas decisões, além disso, deve haver mudanças na estrutura das unidades de saúde para que o atendimento possa ser mais humanizado. Com base no exposto, os profissionais de saúde não devem se acomodar na sua rotina, mesmo diante das dificuldades, sendo necessário buscar constantemente, a satisfação mútua, evitando a desumanização, garantindo ao paciente, paciência, respeito e dignidade.

A comunicação é essencial para que ocorra a concretização de premissas estabelecidas nas Políticas Públicas de saúde sobre humanização. A reflexão diante dos relatos dos profissionais aponta ser imprescindível fazer considerações acerca do modo de comunicação, o diálogo entre os envolvidos estabelecendo relações saudáveis, que resultam em mudanças e que possibilite inserir nas práticas diárias atitudes que de fato possam melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. (MACHADO; HADDAD; ZOBOLI, 2010).

A Política Nacional de Humanização como política transversal de saúde, trouxe o conhecimento de uma nova forma de gerir os processos de saúde. (BRASIL, 2013). Diante das respostas dos entrevistados, ficou evidente que eles reconhecem a necessidade e a importância de melhorias nos serviços de saúde, com destaque para propostas a fim de proporcionar um ambiente mais humanizado. As dificuldades existem, mas a postura, a força de vontade, juntamente com o fortalecimento de vínculos entre todos os envolvidos, contribui para um cuidado humanizado.

De acordo com Corbani, Brêtas e Matheus (2009), existem quatro aspectos fundamentais em relação ao cuidado humanizado, são eles: reciprocidade, presença, imediatez e responsabilidade. A reciprocidade é uma via de mão dupla, onde o que é voz é ouvido assim que falada e recebe resposta, saber conduzir da melhor maneira para então materializar a humanização.

A questão sete aborda a temática “Acolhimento”, que representa uma nova perspectiva de qualificar a atenção básica, com aperfeiçoamento do processo de trabalho e de organização. Perguntados sobre: O acolhimento é uma das diretrizes da Política de Humanização, qual a sua compreensão sobre o que é acolhimento e como deve ser este procedimento?

*“Acolhimento é recepcionar o paciente, encaminhar ao ambiente privativo, escutar a queixa, situação e ações que possam ajudar o usuário do SUS”.* Médico (11).

*“Acolhimento é uma escuta qualificada, se colocar no lugar do outro, dar resolutividade no atendimento, conforme demanda e problema de cada pessoa”.* Enfermeira (16).

*“Relação de proximidade com o usuário, contexto individual e coletivo”.* Técnico de Enfermagem (25).

*“O acolhimento deve ser realizado com qualquer profissional da ESF trazendo ao usuário uma melhor compreensão do modelo de atenção”.* Auxiliar de enfermagem (22).

O acolhimento pode ser entendido como uma ferramenta capaz de construir relações nas práticas de saúde, humanizadas, acolhedoras, e faz com que os profissionais assumam compromissos de realizar práticas transformadoras que valorizem a individualidade de cada indivíduo.

Para que ocorra de fato um serviço efetivo, com foco em atender as demandas da população e suas necessidades é muito importante que os

profissionais de saúde façam uma reflexão das suas práticas. Que profissionais, usuários e gestores possam reconhecer a importância de todos na produção de saúde.

Neste sentido, o processo de trabalho é formado por tecnologias, que são instrumentos para organizar ações e serviços com o propósito de melhorar e organizar o serviço prestado. São classificadas como dura (equipamentos, máquinas utilizadas, ferramentas tecnológicas); levedura (diz respeito ao conhecimento, a estruturação do processo de trabalho e a tecnologia) e leve (diz respeito ao contato, a relação íntima entre os trabalhadores e usuários, o vínculo estabelecido e o acolhimento). (CORREA; JORGE; ARAUJO, 2010).

Para que haja o vínculo, é importante que virtudes como empatia e respeito sejam consideradas, as relações se tornam mais compreensivas, no sentido de entender a dor do outro, compreender a doença ou o problema da pessoa e assim encaminhar para o tratamento terapêutico adequado para aquela situação.

O acolhimento enquanto tecnologia leve reorganiza os mecanismos de atendimento, envolve gestores usuários e trabalhadores e desta maneira, as necessidades dos usuários podem ser ouvidas e discutidas entre os profissionais e gestão, para que busquem a resolução, a solução do problema. O trabalho quando acontece em conjunto, possibilita a valorização dos diversos saberes, reconhecendo a importância de cada um e proporciona a mudança frente as dificuldades que os usuários encontram quando buscam atendimento na Unidade de Saúde. Obter uma orientação adequada, atendimento e retorno do que buscam, são ações em favor a vida, a valorização do sujeito e efetividade das políticas públicas. (COELHO; JORGE, 2008).

É possível através do acolhimento, garantir o espaço de fala, participação popular, possibilitando a participação do usuário na produção de saúde. Acolher não significa necessariamente resolver todos os problemas da população, mas sim dar a atenção devida ao paciente, valorizando a sua individualidade, singularidade, e posteriormente identificar as suas reais necessidades, com respeito e cuidado.

Quando o acolhimento é ignorado, não existe responsabilidade para com o outro, é necessário melhorar o acesso aos serviços de saúde e atender as necessidades da população de modo integral, como assegura as Políticas Públicas de saúde. No entanto para que ele se torne efetivo, é importante constantemente repensar nas formas de gestão, modelo assistencial formas de organização que se complementam em ações de prevenção e promoção da saúde.



A pergunta oito, busca identificar o conhecimento dos profissionais sobre transversalidade, questionando: Na Política de humanização um dos princípios é a transversalidade, o que você conhece sobre o assunto, identifique como ocorre na prática do UBS.

Para análise da transversalidade utilizamos a descrição de Guattari (1981), transversalidade é o grau de abertura que consolida e garante que as práticas de saúde sejam realizadas a partir da tomada de decisão de todos os sujeitos envolvidos na produção de saúde. Não há como pensar em mudanças no campo de saúde, se não possibilitar a transversalidade, a comunicação circulante em todos os níveis de atenção.

Especificamente sobre esta temática, apresentamos números que expressam a necessidade de um olhar mais específico, pois 26% dos profissionais não responderam à questão oito, 13% relataram não saber do que se trata 24% não conhece a diretriz e apenas 18% conhece e respondeu a questão. Chamando a atenção da dificuldade dos profissionais, quando o assunto é Transversalidade. Portanto, a análise dos discursos é somente dos profissionais que responderam.

*“É a comunicação entre vários órgãos, setores, atendimento multidisciplinar, promovendo saúde de qualidade. Porta de entrada: UBS, quando necessário encaminhamos aos setores”.* Enfermeira (2).

*“Assim como o indivíduo deve ser visto integralmente, o acompanhamento deve ser entre as diversas áreas da saúde, todo sistema em conjunto para melhor atender o usuário”.* Médico (33).

*“É quando conseguimos um bom atendimento entre as equipes de apoio como CEO, NASF. Na prática tentamos muitas vezes ocorre o entrave por burocracias e má orientação dos profissionais”.* Auxiliar de Enfermagem (32).

*“É a comunicação entre as pessoas, grupos, reforçando a produção de saúde com qualidade. A transversalidade é um dos princípios da Política Nacional de Humanização. Na UBS, ocorre na prática o conceito de respeito com os pacientes, um atendimento humanizado, dando orientações e ouvindo o indivíduo e vendo ele como um todo para assim poder ajudá-lo”.* Técnico de enfermagem (34).

Transversalizar é colocar as práticas de saúde, voltadas para a comunicação, o diálogo, fazer saúde no coletivo, onde os trabalhadores percam a função de omissos e os gestores de autoritários, é fazer uma comunicação baseada tanto em eixos verticais como horizontais, proporcionando espaços para construções, discussões entre gestores, profissionais e usuários, ou seja, todos os atores do processo. (GOULART; CHIARI, 2007). Teixeira (2005), complementa que transversalidade está ligada ao vínculo, a criação conjunta, as construções em grupos proporcionam redes de conversa, afeto nas relações em todos os níveis de atenção.

Neste sentido, a transversalidade visa ampliar a comunicação nos diferentes níveis de atenção, reafirmar a importância da indissociabilidade entre gestão e cuidado e fomentar a corresponsabilização de todos os envolvidos valorizando as suas singularidades e subjetividades. (ARCHANJO; BARROS, 2009). Busca ainda, efetivar o sentido coletivo, colocar igualmente, a valorização dos mais diferentes saberes, que não deve ser entendida como processo vertical, mas sim como uma prática horizontal, favorecendo o diálogo e produção de saúde. (PEDROSO; VIEIRA, 2009).

Fica evidente na pesquisa, certa resistência dos profissionais em responder à questão oito e a necessidade de uma reflexão acerca do tema. Na análise das devolutivas, observamos uma certa congruência com os pressupostos da PNH sobre a temática, porém um tanto quanto dispersa, incompleta.

Apontamos a possibilidade de realização de ações no processo de trabalho, como rodas de conversa, encontros pontuais entre os profissionais com e sem domínio desta temática, oportunizando troca de saberes, compartilhando as experiências profissionais, realização de estudos mais aprofundados, a fim de ampliar as discussões sobre transversalidade no cuidado.

## 5 CONCLUSÃO

O estudo buscou conhecer a percepção dos Profissionais de Saúde das Unidades Básicas de Araranguá sobre a Política Nacional de Humanização, suas premissas e dispositivos.

Pode-se perceber que a Política Nacional de Humanização para os profissionais de saúde entrevistados é ferramenta importante para a melhora da qualidade do atendimento no processo de saúde, com destaque a importância de efetivar ações com atenção ao paciente e acolher de maneira adequada. Não fica evidente a percepção dos profissionais sobre a Política Nacional de Humanização, principalmente relacionado à transversalidade. Demonstram inconsistência nos pressupostos que compõe esta prática, fundamentais para a qualificação dos serviços de saúde e concretização da Política.

Aspectos como a falta de tempo, ambiente inadequado, falta de equipamentos e alta demanda são fatores que implicam na falta de uma assistência humanizada e efetividade nos serviços e atendimento no município de Araranguá, indicando a necessidade de um olhar dos gestores para o serviço e suas demandas, se faz necessário reavaliar as práticas do cotidiano para a construção e efetivação das políticas públicas de saúde, com enfrentamento das dificuldades, a fim de oportunizar a resolução dos problemas e atender a demanda da população de maneira eficaz e humanizada.

Os discursos dos profissionais evidenciaram a necessidade de uma humanização com os trabalhadores, ouvir as necessidades dos profissionais, proporcionarem condições de trabalho adequados (salários, capacitações, entre outros), primordiais para uma humanização integral, e compreendendo que todos são atores importantes no processo de trabalho.

Para efetivar a PNH no município de Araranguá, se faz necessário implantar em todas as esferas de saúde alguns pressupostos que a própria Política Nacional de Humanização aponta, como o grupo de trabalho de humanização, formação continuada em saúde, sensibilização de gestores sobre os investimentos em equipamentos, melhora do espaço físico, contratação de novos profissionais para atender a demanda, o não atendimento pode comprometer a efetivação da PNH em algumas esferas, com impacto direto no usuário do serviço.

A educação em saúde pode ser um instrumento de provocação destas mudanças, principalmente nos serviços de saúde, contribuindo também para uma melhor qualidade de vida de todos os partícipes deste processo de fazer saúde. Em conclusão, os profissionais de saúde do

município de Araranguá precisam um olhar mais ampliado sobre humanização do serviço.

Por delimitação de Tema, o método adotado ficou restrito aos profissionais de saúde, no entanto, reconhecemos a necessidade de um estudo futuro, abrangendo usuários e gestores.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Lucio Menezes. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa, vol23, 1, p 91-96, 2005.
- AMESTOY, S. C.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M. B. A Humanização do Trabalho para os Profissionais de Enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, v.19, n.4, p. 444-9, 2006.
- ARCHANJO, Juliana Valadão Leite; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Política nacional de humanização. In: XV Encontro nacional da abrapso, 15., 2009, Maceió. **Anais...** Maceió: Abrapso, 2009. p. 1 - 7.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde soc.** [online], 2004, vol.13, n.3, pp.16-29. ISSN 0104-1290.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>.
- BACKES, Dirce Stein; KOERICH, Magda Santos; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Humanizing care through the valuation of the human being: resignification of values and principles by health professionals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], 2007, vol.15, n.1, pp.34-41. ISSN 1518-8345. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000100006>.
- BARBOSA, Guilherme Correa et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 66, n. 1, p.123-127, fev. 2013. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672013000100019>.
- BECCHI, Anne Cristine et al. Perspectivas atuais de cogestão em saúde: vivências do Grupo de Trabalho de Humanização na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Social**, São Paulo, v. 22, n. 2, p.653-660, abr. 2013.
- BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. **Redalyc**, Florianópolis/SC, v. 21, n. 1, p.217-225, nov. 2011.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface (Botucatu)** [online], 2005, vol.9, n.17, pp.389-394.ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000200014>.

BERGAN, Carla et al. Humanização: representações sociais do hospital pediátrico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 30, n. 4, p.656-661, dez. 2009. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472009000400011>.

BESTETTI, Maria Luisa Trindade. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 17, n. 3, p.601-610, set. 2014. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13083>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 36p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS - Política Nacional de Humanização, documento para discussão**, 2003. Série B, textos básicos de Saúde. Brasília-DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base**. Brasília, DF: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, DF: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007. 61p.

BRASIL. **Ambiência**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2010. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Editora do MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.  
**Humaniza SUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS.  
4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelecem diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).  
Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Biblioteca Virtual em Saúde.** 2018. Disponível em:  
<[http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_textos\\_cartilhas\\_politica\\_humanizacao.pdf](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf)>. Acesso em: 19 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.  
Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea Brasília, DF:** Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:  
<<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Caderno28volI.pdf>>.  
Acesso em: 06 jul. 2018.

BRASIL. Constituição (1990). **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília/DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização.  
**Humaniza SUS:** documento base. Brasília, DF: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.  
**Humaniza SUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS.  
1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Constituição (1990). **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990.** Brasília/DF.

BRASIL. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS.**  
4. ed. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2009. 72 p.

BREHMER, L. C. F; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3):3569-3578, 2010.

BOUSSO, R. S; Ângelo, M. A. A enfermagem e o cuidado na saúde da família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. São Paulo: IDS, p.18-22, 2001.

BVS. **Ambiência**. 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/170\\_ambiencia.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/170_ambiencia.html)>. Acesso em: 01 jan. 2009.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Cienc. Saúde Colet.**, v.8, n.2, p.569-84, 2003.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 38, p.252-264, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014s019>.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Paidéia. In: \_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.** [online], 2013, vol.27, n.78, pp.7-26. ISSN 0103-4014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.

CASANOVA, Ângela Oliveira; TEIXEIRA, Mirna Barros; MONTENEGRO, Elyne. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 11, p.4417-4426, nov. 2014. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.14702013>.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis** [online], 2004, vol.14, n.1, pp.41-65. ISSN 1809-4481. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salette Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo.



**Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro - Rj, p.1523-1529, 17 mar. 2008.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salette Bessa; ARAËJO, Maria Elidiana. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador/BA, v. 33, n. 3, p.440-452, 20 abr. 2010.

CORBANI, N. M. de S; BRÊTAS, A. C. P; MATHEUS, M. C. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 6, n. 3, p. 349-354, maio/jun. 2009.

COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 13, n. 3, p.5-15, dez., 2004. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902004000300002>.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Rev. Saúde Pública** [online], 1988, vol.22, n.1, p.57-63. ISSN 1518-8787. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101988000100008>.

DESLANDES. S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DORICCI, Giovanna Cabral; GUANAES-LORENZI, Carla; PEREIRA, Maria José Bistafa. Programa Articuladores da Atenção Básica: construindo humanização através do diálogo. **Physis** [online], 2016, vol.26, n.4, pp.1271-1292. ISSN 1809-4481. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000400011>.

DUARTE, E. **Humanização voluntária**. 2005. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsiq/arquivo,psicomp2.html>>. Acesso em: 15 set. 2010.

FELICIELLO, Domenico. Modelos assistenciais e política de saúde no Brasil. **Política de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro/RJ, v. 26, n. 2, p.62-78, jan. 1992.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad.**

**Saúde Pública** [online], 2006, vol.22, n.6, pp.1171-1181. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600006>.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 9, n. 17, p.287-301, ago. 2005. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832005000200006>.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde: Contribuições para reflexão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro - Rj, v. 15, n. 1, p.255-268, ago. 2007.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciênc. Saúde coletiva** [online], 2010, vol.15, n.1, pp.255-268. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100031>.

GRANJA, Gabriela Ferreira; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Humanização da Atenção Primária à Saúde: Gestão em redes e governança local. **O Mundo da Saúde**, São Paulo/SP, v. 36, n. 3, p.494-501, jan. 2012.

GUATTARI, F. Transversalidade. In: GUATTARI, F. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Brasiliense, 1981. p.88-105.

HEMMI, Ana Paula Azevedo. **Representações sociais de usuários sobre o Programa Saúde da Família**. 2008. 96 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde e Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/mg, 2008.

ITO, Christiane Nakamatsu. Ambiência nas unidades de produção de saúde. Campo Grande/MS. **Mídia Digital**, 2014. 30 slides, color.

MACHADO, Eliara Pilecco; HADDAD, Jerusa Gomes Vasconcellos; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na Atenção

Básica. **Revista Bioethikos**, São Paulo/SP, v. 4, n. 4, p.447-452, 24 set. 2010.

MACINKO J, Lima Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. **Trop Med Int Health**, 2012, 17:36-42.

MAZZUCCO, Maicon; VIEIRA, Reginaldo de Souza. Saúde e democracia: a efetivação do princípio da participação popular nos conselhos e conferências de saúde. In: XII seminário nacional demandas sociais e políticas públicas na sociedade contemporânea, 7., 2016, Santa Cruz do Sul, Rs. **Anais...** Santa Cruz do Sul, Rs: Unisc, 2016. p. 1 - 17.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública** [online], 2009, vol.25, n.7, pp.1620-1625. ISSN 1678-4464.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700021>.

MONTEIRO, Michele Mota; FIGUEIREDO, Virgínia Paiva; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 43, n. 2, p.358-364, jun. 2009. Fap UNIFESP (SciELO).  
<http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000200015>.

MONTEIRO, Akemi Iwata et al. Humanização do atendimento à criança na atenção básica: visão dos profissionais. **Rev. Rene: Revista da rede de enfermagem do Nordeste**, Fortaleza - CE, v. 13, n. 4, p.1-10, 12 jul. 2012.

MOREIRA, Márcia Adriana Dias Meirelles et al. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 10, p.3231-3242, out. 2015. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.10462014>.

MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VÉRAS, Renata Meira. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p.323-330, ago. 2006.

NAVARRO, Luísa Milano; PENA, Ricardo Sparapan. A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde. **Revista de Psicologia da Unesp**, São Paulo/SP, v. 12, n. 1, p.64-73, maio 2013.

NORA, Carlise Rigon dalla; JUNGES, Jose Roque. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 47, n. 6, p.1186-1200, dez. 2013. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2013047004581>.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; COLLET, Neusa; VIERA, Cláudia Silveira. A humanização na assistência à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], 2006, vol.14, n.2, pp.277-284. ISSN 1518-8345. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000200019>.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. Enferm** [online], 2013, vol.66, n.spe, pp.158-164. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em <[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 31 jul. 2018.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. **A importância da humanização a partir do Sistema único de Saúde**, 2005. Disponível em: <<http://esp.saúde.sc.gov>>. Acesso em: 03 ago. 2017.

PASCHE, Dário Frederico. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 13, n. 1, p.701-708, 2009. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832009000500021>.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro/RJ, v. 11, n. 16, p.4541-4548, jan. 2011.

PEDROSO, Raquel Turci; VIEIRA, Maria Edna Moura. Humanização das práticas de saúde: Transversalizar em defesa da vida. **Interface (Botucatu)** [online], 2009, vol.13, suppl.1, pp.695-700. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500020>.

PEDROSO, Raquel Turci; VIEIRA, Maria Edna Moura. Humanização das práticas de saúde: Transversalizar em defesa da vida. **Interface: Comunicação, saúde, educação**, Botucatu/SP, v. 13, n. 1, p.695-700, 13 maio 2009.

PNHAH. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

PORTAL HUMANIZA. **Humanização da saúde**. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.portalhumaniza.org.br/ph/>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

RANZI, Dinaci Vieira Marques. O Desenvolvimento da Política Nacional de Humanização em Nova Alvorada do Sul – MS – Brasil. **Revista Vozes dos Vales: Publicações Acadêmicas**, Minas Gerais – Brasil, v. 3, n. 2, p.1-17, maio 2013.

RIBEIRO, Juliane Portella; GOMES, Giovana Calcagno; THOFEHRN, Maira Buss. Health facility environment as humanization strategy care in the pediatric unit: systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 48, n. 3, p.530-539, jun. 2014. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420140000300020>.

SANTOS, João Bosco Feitosa dos et al. no Brasil Médicos estrangeiros: a arte do saber olhar, escutar e tocar. **Saudesoc** [online], 2016, vol.25, n.4, pp.1003-1016. ISSN 1984-0470. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016163364>.

SARDENBERG, Maria Luiza Carrilho. **Humanização: do conceito-sintoma ao conceito-experiência**, 2012. Disponível em: <<http://redehumanizasus.net/59209-humanizacao-do-conceito-sintoma-ao-conceito-experiencia/>>. Acesso em: 18 nov. 2012.

SATO, Mariana; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. **Interface -**

**Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 19, n. 55, p.1027-1038, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0408>.

SER SOCIAL. Brasília, v.11, n. 25, p. 194-220, jul./dez., 2009.

SILVA, Ep et al. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [s.l.], v. 17, n. 2, p.197-202, 30 jun. 2013. APESB (Associação de Apoio à Pesquisa em Saúde Bucal). <http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2013.17.02.14>.

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto contexto - enferm.** [online], 2007, vol.16, n.3, pp.439-444. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000300009>.

SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira; LISBOA, Marcia Tereza Luz. Compreendendo as estratégias coletivas de defesa das trabalhadoras de enfermagem na prática hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro/RJ, v. 6, n. 3, p.425-435, ago. 2002.

SOUZA, K. M. O; FERREIRA, S. D. Assistência Humanizada em UTI Neonatal: Os Sentidos e as Limitações Identificadas pelos Profissionais de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 471-80, 2010.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde soc.** [online], 2010, vol.19, n.3, pp.509-517. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300004>.

TEIXEIRA, R. Humanização e atenção primária à saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.3, p.585-97, 2005.

VIEIRA, Monica. Saúde Paidéia. **Trab. educ. saúde** [online], 2004, vol.2, n.1, pp.210-211. ISSN 1981-7746. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462004000100015>.

YUNES, João. O SUS na lógica da descentralização. **Estudos Avançados**, [s.l.], v. 13, n. 35, p.65-70, abr. 1999. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40141999000100006>.

**APÊNDICE (S)**



## APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

IDENTIFICAÇÃO:

Data da entrevista: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2017

Nome:

---

Idade:

---

Profissão:

---

Quanto tempo trabalha na função:

Local de Trabalho:

Graduação: área \_\_\_\_\_ tempo de  
graduado \_\_\_\_\_

Curso de especialização:

---

QUESTÕES NORTEADORAS:

O que você entende por humanização?

Quais fatores tem interlocução positiva e negativamente com a prática da humanização?

Pense na sua prática em saúde. São realizados serviços que humanizam o atendimento? Quais? E como é realizado?.

Na sua opinião o que pode dificultar o atendimento humanizado no atendimento na UBS?

Identifique facilidades que possam integrar e humanizar a rotina de trabalho na UBS.

O que você entende por acolhimento na humanização?

Quais os elementos que podem caracterizar a ambiência referenciada na humanização?

Na política de humanização um dos princípios é a transversalidade. O que você conhece sobre o assunto e identifique como ocorre na prática da UBS.

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE ARARANGUÁ

Objetivo: Avaliar a percepção dos profissionais de saúde acerca da Política Nacional de Humanização.

Período da coleta de dados: 01/11/2017 a 30 /12/2017

Tempo estimado para cada coleta: 2 horas

Local da coleta: Unidades de Saúde de Araranguá

Pesquisador/Orientador: Joni Márcios de Farias Telefone: 48 999781088

Pesquisador/Acadêmico: Greicy Abel Gonçalves Telefone: 48 999464442

Mestrado Profissional em Saúde Coletiva

O (a) Sr (a) está sendo convidado (a) para participar voluntariamente da pesquisa e objetivo acima intitulados. Aceitando participar do estudo, poderá desistir a qualquer momento, bastando informar sua decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como o (a) senhor (a) não terá despesas para com a mesma. Os dados referentes à sua pessoa serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde, podendo o (a) senhor (a) solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Para tanto, esclarecemos também os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

### DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

Relato de caso: o presente estudo irá relatar um caso clínico realizado (LOCAL)

### RISCOS

Sugestão: Perda da confiabilidade dos dados e este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgado os dados pessoais do paciente.

### BENEFÍCIOS

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidos, sendo que para tanto, firmo ao final a presente declaração em duas vias de igual teor e forma ficando na posse de uma e outra sido entregue ao pesquisador responsável.

Em caso de dúvidas, sugestões ou denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNESC pelo telefone (48) 3431-2723 ou pelo e-mail cetica@unesc.net.

| <b>ASSINATURAS</b>   |  |
|--|--|
| <b>Voluntário/Participante</b><br>A assinatura do paciente só irá depois que for aprovado pelo comitê. A submissão do TCLE é o modelo preenchido que será depois apresentado ao paciente<br><br>_____<br><b>Assinatura</b><br><br><b>Nome:</b><br>_____<br><br><b>CPF:</b> _____._____._____ - | <b>Pesquisador Responsável</b><br><br>_____<br><br><b>Assinatura</b><br><br><b>Nome:</b><br>_____<br><br><b>CPF:</b> _____._____._____ - |

Criciúma (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.  
FONTE: Profissionais de Saúde das Unidades Básicas de Saúde de Araranguá