

HUMANIZAÇÃO NA PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

HUMANIZATION IN THE PRACTICE OF HEALTH PROFESSIONALS

Lucas Viero Furlan

Katia Simone da Silva Silveira

Aline Indaia Dorneles do Amara

125

RESUMO

Mudanças nas práticas de cuidado exercidas por profissionais da saúde vêm ocorrendo. Dentre estas, a inserção do humanismo por parte da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde e do Projeto de Humanização no Sistema Único de Saúde. Entende-se que o humanismo seja um conjunto de valores que fundamentam a compreensão dos empreendimentos científicos e tecnológicos, considerando aspectos singulares na atenção aos sujeitos, como os seus interesses e necessidades. Portanto, este trabalho objetiva refletir sobre o processo de humanização e a ética nas práticas de cuidado por parte dos profissionais da saúde no Brasil, assim como, identificar as condutas dos profissionais de saúde perante a humanização na assistência à saúde. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa da literatura, utilizando teses, livros e artigos científicos sobre o tema, coletados nas bases de dados Periódicos CAPES, Scielo e Pepsic. O estudo resultou em dois eixos: política de humanização em saúde e a prática dos profissionais de saúde diante da humanização. As evidências indicam que o modo como o usuário do serviço é acolhido é significativo para o seu estado de saúde. Além disso, a humanização é de suma importância nas práticas dos profissionais da saúde por questões éticas, sendo necessário refletir sobre o modo de aprimoramento das políticas organizacionais e sociais para que seja possível oferecer um maior suporte ao direito dos usuários à saúde de qualidade.

Palavras-chave: Humanismo; Assistência à Saúde; Políticas Públicas.

ABSTRACT

Care practices performed by professionals in the field of health come passing by distinct changes. Among these, the insertion of humanism on the part of the National Policy of Humanization of Care and Health Management and Project of Humanization in the Unified Health System. It is understood that humanism is a set of values that

underlie the understanding of scientific and technological enterprises, considering unique aspects in attention to subjects involved in this context, as their interests, wants and needs. Therefore, this work aims to reflect on the process of humanization and the ethics in care practices on the part of health professionals in Brazil, as well as identify the conduct of health professionals towards the humanization in healthcare. For this, a narrative bibliographic review of literature, using theses, books and scientific papers on the subject, collected in the databases Journals *CAPES*, *Scielo* and *Pepsic*. The study resulted in two axes: humanization in healthcare policy and practice of health professionals on the humanization. Evidence indicates that the way the user of the service is hosted is meaningful for your state of health. In addition, the humanization is of paramount importance in the practices of health professionals for ethical issues, being necessary to reflect on how to improve organizational and social policies in order to be able to offer greater support to the users' rights to quality health.

Keywords: Humanism; Health Care; Public Policy.

INTRODUÇÃO

A sociedade vem passando por constantes mudanças, as quais se intensificaram em meados da década de 50. A vida social e econômica está sempre em movimento, junto a isso, a globalização o desemprego e às condições de saúde precárias¹. Percebe-se desigualdades consideráveis entre alguns grupos sociais, fato que desencadeia distintos movimentos e conflitos em torno de questões étnicas, ambientais, aumento da violência e o intenso desrespeito aos direitos humanos. Na esfera da saúde há debates sobre como essas mudanças sociais e econômicas influenciaram e aumentaram a partir da década de 70 com a discussão acerca da cobertura dos serviços prestados por profissionais da área².

Nesse sentido, a humanização das práticas de profissionais da saúde é uma responsabilidade que se estende a todos os indivíduos que constituem a sociedade. Após a década de 90, começa a ser introduzida nos serviços de saúde a noção de qualidade, equidade, satisfação e autonomia do usuário. Esses aspectos caracterizam uma nova perspectiva de saúde, consistindo-se em um atendimento diferenciado que é a humanização na atenção em saúde³. O Humanismo está relacionado a uma ética baseada na condição humana e em ideais partilhados pelos homens. Essa concepção está caracterizada por um conjunto de valores que fundamentam a compreensão dos empreendimentos científicos e tecnológicos. Ele pode ser expresso pelo caráter e

qualidade da atenção, levando em conta os interesses, desejos e necessidades dos indivíduos implicados nesse âmbito⁴.

Na área da saúde, tem-se como referência para essa inserção do humanismo a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (PNH) ou projeto de humanização no Sistema Único de Saúde (SUS), que permeia vários âmbitos do trabalho em saúde. A PNH pontua sobre a necessidade de haver investimentos para além da expansão da rede e do acesso, e também, na qualidade das práticas de cuidado⁵. A humanização do SUS deu-se via necessidade de trazer melhorias para as organizações de tal modo que viessem a atender de forma satisfatória e diferenciada as demandas e necessidades da população quando esta busca os serviços de saúde.

Discutir os aspectos relacionados à humanização implica pensar diretamente sobre questões éticas, sendo esta última, um dos instrumentos que o homem possui para garantir a coesão social. A ética consiste em uma reflexão crítica sobre o comportamento humano, que interpreta, discute e problematiza os valores, os princípios e as regras morais. Ela favorece a procura do estabelecimento de uma relação mais positiva em sociedade e de um bom convívio social. Na atenção em saúde, a humanização almeja compreender cada pessoa em sua singularidade e necessidades específicas, criando subsídios para que elas tenham maiores condições de exercer sua autonomia⁶.

Ao compreender como se instaura a humanização na saúde, torna-se necessário refletir quanto ao estado de saúde e o processo saúde-doença de cada indivíduo, pois cada um os vivencia de maneira singular. Para os profissionais de saúde, por vezes, as situações individuais são percebidas como casos, dentro de um ponto de vista objetivo e envoltos por parâmetros racionais e científicos⁷. Entretanto, humanizar as práticas dos profissionais da saúde envolve uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições. Isso significa assumir uma postura ética de consideração, acolhimento e respeito ao cidadão^{8,9}.

Além disso, a humanização requer um processo contínuo e reflexivo em torno de valores e princípios que permeiam a prática profissional. Pressupõe-se que, além de um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais de saúde ao usuário, exista uma postura ética que permeie todas as atividades

profissionais e processos institucionais de trabalho. Os trabalhadores da área da saúde, diante de dilemas éticos recorrentes, encontram-se na tentativa de procurar cada vez mais respostas que lhes assegurem a dimensão humana das relações profissionais. Principalmente quando associadas à promoção de autonomia, à justiça e à necessidade de respeito à dignidade da pessoa humana¹⁰. Deste modo, este trabalho teve como foco refletir teoricamente sobre o processo de humanização e a ética na prática dos profissionais de saúde no contexto brasileiro e identificar como são realizadas as práticas dos profissionais de Saúde diante da Humanização na assistência à saúde.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão narrativa da literatura, a qual foi elaborada por meio de materiais já construídos, compostos principalmente a partir de livros e artigos científicos nos quais permitem a obtenção e atualização sobre temáticas em diversos períodos de tempo¹¹. Neste estudo realizou-se uma busca em artigos, teses e livros científicos nas bases de dados *Periódicos CAPES*, *SciELO* e *Pepsic*. Foram utilizados materiais disponíveis online e completos, considerando todos os períodos de publicação. Este procedimento teve como propósito captar um número maior de artigos. As palavras chaves utilizadas foram: “saúde”, “humanização” e “ética em saúde”, separadas pelo operador booleano “and”, indicando sua conjunção.

Após esta etapa, os materiais selecionados passaram por uma análise de seu conteúdo, considerada como um conjunto de técnicas de análise das comunicações¹². Por meio destes procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) pode-se tornar possível a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção.

As análises desses materiais ocorreram da seguinte forma: primeiramente realizou-se uma pré-análise de conteúdo que se organizou o material, que por sua vez possuiu outras subfases, que foram: leitura flutuante: estabelecer um contato com os documentos que foram analisados, deixando assim invadir por impressões e orientações; escolha dos documentos: delimitação do material escolhido para análise; preparação do material: momento de formulação de hipóteses; processo de

referenciar os achados e elaboração de indicadores: elementos que asseguram os índices estabelecidos. Na etapa posterior, de exploração do material, foram realizados os recortes em unidades de contexto e de registro; e a fase da categorização, em que os requisitos para uma boa categoria se constituíram na exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade. A última etapa do processo foi de análise dos materiais que se tratou dos resultados: a inferência e a interpretação. Neste período, a interpretação foi importante e esteve relacionada ao corpus existente para que seja validada pela comunidade científica da área.

A discussão foi organizada a partir de dois eixos: (A) A política de humanização em saúde; (B) A prática dos profissionais de saúde diante da humanização. O primeiro eixo apresenta a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde e discute sobre questões propostas nas diretrizes do programa. O segundo eixo expõe considerações acerca da prática dos profissionais de saúde tendo em vista a implantação da humanização da assistência e suas questões éticas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A política de humanização em saúde

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde foi articulada e idealizada para que se possa garantir o direito institucional à saúde para todos, como é previsto pela Lei nº 8080 (1990)¹³, que compõe as diretrizes e políticas do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse cenário, torna-se indispensável que se tenham condições de viabilizar uma saúde digna aos usuários deste sistema, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida. Compreende-se a humanização neste contexto, como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, como os usuários, os trabalhadores e os gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo desses indivíduos, corresponsabilidade entre eles, estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão¹⁴.

A implementação da Política de Humanização visa dar prioridade a quatro questões específicas propostas no programa organizado pelo Ministério da Saúde.

São elas: 1) Serão reduzidas filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; 2) Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial; 3) As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social e os direitos do código dos usuários do SUS; 4) As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores¹⁴.

Entretanto, existem alguns obstáculos para que esta política seja efetivada. Nos serviços de assistência à saúde ainda se encontram limitações nas questões financeiras, políticas, organizativas e até mesmo éticas. Estes fatores influenciam diretamente na qualidade da atenção que é prestada aos usuários^{15,16,17}. Assim sendo, cabe ressaltar que o serviço de saúde humanizado deve ser norteado pelos princípios da equidade, integralidade e participação social, etc., o que torna importante a discussão sobre a qualidade dos serviços que estão sendo prestados visando a promoção de saúde.

Diante destas questões, torna-se pertinente pensar a respeito das práticas dos profissionais de saúde, e identificar se os profissionais que as realizam encontram-se em condições de garantir um atendimento humanizado, visto que, em vários momentos, são submetidos a processos de trabalho mecanizados que seguem uma rotina intensa. Esse fato muitas vezes acaba limitando-os diante da possibilidade de se transformarem em pessoas mais críticas e sensíveis, bem como se encontram fragilizados devido à convivência contínua com a dor e o sofrimento dos usuários dos serviços de saúde^{18,19}.

Pôr em prática a humanização é um desafio a ser enfrentado, uma vez que a sociedade na qual se vive pode ser classificada como “sociedade moderna desumanizada”. Ademais, antes das instituições de saúde se tornarem humanizadas, as pessoas que as compõem necessitam passar pelo processo de humanização. Isso se justifica tendo em vista a exclusão social, violência e falta de empatia que é vivenciada na atualidade. Esses são fatores que contribuem para um rebaixamento da solidariedade refletido no modelo de operar das instituições de saúde²⁰.

A especificação que organiza o usuário dos serviços de saúde em setores dificilmente auxilia em uma atenção qualificada que garanta o acesso facilitado para os mesmos. Outro aspecto é a desumanização do atendimento relacionada com a falta de simetria entre o profissional e o usuário que por vezes é construída por meio de uma relação de poder hierarquizada, desconsiderando o saber do usuário. Além disso, em algumas situações o paciente se torna passivo e se entrega totalmente ao profissional sem questionamentos. Em algumas circunstâncias há uma hipervalorização da posição do médico, desconsiderando a possibilidade de seu conhecimento apresentar limitações. Logo, o usuário é reduzido a paciente e sua condição é organizada na doença. O indivíduo é visto pela doença e não pela complexidade de fatores que o constituem²¹.

A humanização em saúde é desmembrar as dificuldades que impedem e destituem os usuários de informações importantes sobre o que está acontecendo consigo. Omitir informações sobre a saúde do usuário é um desrespeito com sua subjetividade formada a partir de uma cultura e costumes²¹. Saber de seu estado de saúde é fundamental para que o usuário possa tomar algumas decisões sobre o seu tratamento. Além disso, essas informações devem ser fornecidas de forma clara e simples de modo que o usuário entenda, ou seja, a linguagem deve respeitar o contexto sociocultural do usuário⁶. A humanização está postulada em lei e todos devem ter acesso a essa política que deve ser disponibilizada no SUS²¹.

A humanização tem seus conceitos por vezes relacionados ao assistencialismo, paternalismo e voluntarismo. No entanto, ela diz respeito a um processo de mudança tanto para os trabalhadores da saúde quanto para os usuários. Esse processo enfrenta dois dilemas: metodológico e o de delimitar seus próprios conceitos²². Entender as raízes dos princípios da autonomia e justiça, evidenciando a importância da dignidade do sujeito, são as bases que devem existir na relação entre o médico e paciente. Essa ideia pode ser vista por meio de experiências nas quais médicos se passam por pacientes e assim vivenciam condições opostas que os permitem passar a valorizar aspectos que anteriormente não eram notados. Desse modo, tornar humanizada a relação entre o usuário e o profissional da saúde, necessita que esse profissional priorize a sensibilidade, afetividade e o vínculo como aspectos imprescindíveis no cuidado com o outro. O que vai caracterizar essa relação

diferenciada é a possibilidade de profissional e usuário poderem compartilhar saberes e experiência de vida por meio de um encontro de subjetividades que visam a promoção de saúde¹⁸.

Ademais, é necessário que o usuário seja capaz de tomar decisões por si, pensando especificamente em seu bem-estar. Deve que esteja longe de se sentir coagido a realizar procedimentos para satisfazer o interesse de terceiros como profissionais da saúde, comunidade, familiares, dentre outros. Entretanto, em alguns casos, para o benefício do paciente, pode-se aceitar que se exerçam algumas ações persuasivas, mas nunca por meio de coerção ou manipulação de fatos ou de dados⁶.

O sigilo das informações e a confidencialidade são dois princípios éticos que devem ser rigorosamente respeitados. A autonomia do indivíduo está relacionada com a sua privacidade, pois envolve aspectos íntimos e privados dos sujeitos que possuem o direito de suas informações particulares serem preservadas. O usuário deve ter o poder de decidir o que quer ou não tornar público. Apenas ele tem a autonomia de revelar suas informações pessoais e compartilhá-las, isso inclui todas as informações inclusive as que a equipe de saúde acaba percebendo através de sua atividade. No caso de uma equipe multidisciplinar é fundamental que os profissionais saibam da situação em que se encontra o usuário para que exerçam um atendimento de qualidade, mas tudo deve ser realizado dentro da ética e sigilo profissional⁶.

A humanização é proposta como uma política, pois sua efetividade pode ser concretizada e produzir mudanças na relação do serviço de saúde com o usuário. Porém, salienta-se que apenas pensar no caráter concreto das práticas de humanização é insuficiente, sendo necessário perceber a humanização como um processo integral e assim realizar ações conjuntas que abranjam o maior número de pessoas e áreas da saúde. É necessário evitar ações isoladas, a exemplo: humanização somente nos serviços de emergências e o parto humanizado²².

A prática dos profissionais de saúde diante da humanização da assistência

Os profissionais que trabalham com a saúde devem exercer tal função de forma diferenciada e humanizada, ou seja, com respeito, aproximação e igualdade. Para que o processo de humanização aconteça. É necessário que toda a equipe profissional

esteja envolvida de forma harmônica e comprometida²³. Apesar disso, identifica-se a fragmentação e uma evidente falta de integração nas equipes de saúde dos setores primário, secundário e terciário. Conseqüentemente, a assistência contínua e diferenciada para a população acaba sendo comprometida²⁴.

No ano de 2001 o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que trouxe mudanças ao modo de assistência aos usuários que necessitavam de atendimento hospitalar. Dois anos após essa data, sob uma nova gestão, o Ministério da saúde iniciou uma nova proposta: Política de Humanização do SUS que buscou fazer com que a humanização fosse além do ambiente hospitalar²⁵. Essa política objetivou abranger todos os setores de atenção à saúde. Desse modo, o setor primário deveria ter suporte e ser qualificado a ponto de resolver as demandas emergentes nos serviços de saúde²⁶.

A humanização no setor primário é fundamental, pois é o qual acontece o primeiro contato e acolhimento do usuário no serviço de saúde. É nessa relação primária entre profissional e usuário que se possibilita, muitas vezes, a tomada de decisões quanto ao processo do tratamento ou até mesmo a uma possível internação^{27,28}. Entretanto, por vezes esse acolhimento é realizado de maneira equivocada, colocando em risco a relação humanizada entre profissional e usuário. O acolhimento consiste em uma técnica de escuta e conversa que pode ser realizada por todo e qualquer profissional da rede no instante que o usuário chega ao atendimento. Por meio dele se visa que todos os indivíduos que buscarem atendimento possam ser atendidos, com retorno e suporte na resolução de suas demandas que nem sempre são físicas. No atendimento humanizado o médico deixa de ser o principal foco e o atendimento é deslocado para uma equipe multiprofissional, na qual se valorizará a relação entre profissional e usuário por meio da solidariedade, responsabilidade e compromisso com a promoção²⁹.

O setor secundário é aquele que absorveria os problemas que não foram resolvidos no primário por estes requisitarem maiores condições e suporte tecnológico. Já o setor terciário é formado por hospitais de referência²⁶. Mesmo com essa proposta o sistema público de saúde ainda é insuficiente quando se trata de acesso e oferta de vagas para os usuários nos setores secundários e terciários. Existe uma evidente deficiência quanto ao acesso de exames complementares de pequena,

média e alta complexidade, pois a demanda é bem maior do que a quantidade disponível. Além disso, longas filas contrariam os princípios da universalidade, igualdade e humanização, o que vem demonstrar a dimensão dos problemas sociais e a falta de implicação dos gestores quanto ao desenvolvimento de estratégias visando a implementação dos princípios propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS)³⁰.

Chama-se a atenção para a formação e qualificação dos profissionais que trabalham no SUS. Cabe ressaltar que esta não deve ser unicamente focada na busca por evidências biologicistas, mas em um modelo amplo que contemple outras esferas que são tão importantes quanto às demandas biológicas³¹. Trata-se da atenção ao sujeito biopsicossocial. O profissional de saúde precisa desenvolver técnicas para suprir as demandas de saúde individual e coletiva, redimensionando a capacidade de autonomia e proporcionando aos usuários condições de influenciar o processo do próprio cuidado. Essa formação deve ser fundada na produção de habilidades técnicas e de ideias adequadas ao SUS. A formação na área da saúde deve pensar nas práticas em cuidado em diversas esferas e direcioná-las para as necessidades tanto do tratamento individual, como do coletivo^{32,33}. Isso se evidencia, por exemplo, nas pesquisas interventivas com grupos voltados ao movimento da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), onde é possível observar nos resultados um aumento considerável no bem-estar e autonomia dos usuários dos serviços de saúde que participaram das atividades em grupo acerca de como podem, enquanto usuários, gerenciar o uso da própria medicação^{34,35}.

A assistência humanizada deve estabelecer uma ligação que torne possível um bom vínculo nas relações entre os profissionais e os usuários, e que possa também ser o fio condutor para a articulação das diferentes unidades de serviço de saúde. Deve possibilitar, dessa maneira, a formação de um vínculo com o usuário, garantindo a ele e a seus familiares um atendimento humanizado²³. As práticas e a humanização do atendimento à saúde devem se articular na medida em que a ciência amplia suas perspectivas em relação ao cuidado com a vida humana. Isso acarreta na necessidade de responsabilidade social e entendimento tanto do profissional quanto das instituições de formação acerca dos fatores envolvidos em um atendimento humanizado³⁶.

CONCLUSÕES

Refletindo teoricamente sobre o processo de humanização e ética na prática dos profissionais de saúde, constatou-se que a busca pela universalidade, integralidade e equidade tem levantado diversos questionamentos em relação aos modelos de assistência à saúde adotados. Tanto questões financeiras quanto éticas referentes às práticas profissionais compõem as questões. Nesse sentido, os profissionais têm um papel fundamental, tornar o serviço humanizado. Humanizar consiste em um processo contínuo de reflexão sobre valores que permeiam a prática profissional. Todo o ser humano tem o direito de ter assistência à sua saúde de maneira integral e humanizada. Logo, é necessário que os profissionais estejam em constante consonância quanto às suas práticas de promoção de saúde e ética profissional.

O modo que o usuário é recebido e tratado no serviço pode ser fundamental para seu estado de saúde. O que torna evidente a importância do acolhimento inicial mais humanizado desse paciente. Muitos usuários que procuram o serviço nem sempre trazem apenas sofrimento físico. Dessa forma, o acolhimento humanizado com escuta diferenciada por parte dos profissionais da saúde é imprescindível.

A humanização deve ser fundamentada por questões éticas, tornando evidente a importância do ser humano nas relações profissionais nos diferentes setores da saúde. Cada sujeito é dotado de uma singularidade, dessa forma é necessário considerar seus aspectos subjetivos que vão além da doença. Assim sendo, para atingir a integralidade e para que o usuário seja visto em diferentes perspectivas é necessário que os setores primário, secundário e terciário desenvolvam uma maior integração entre si para que o usuário tenha seu tratamento acompanhado e assistido pelo serviço de maneira mais eficiente. Desse modo, torna-se importante pensar em formas de melhorar as políticas organizacionais e sociais para que se possa dar maior suporte ao direito dos usuários à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Yazbek MC. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serviço Social Sociedade**, São Paulo, n. 110, p. 288-322, 2012.
2. Aragão A. **Rede de proteção social e promoção de direitos**: contribuições do conselho tutelar para a integralidade e a intersetorialidade (Uberaba-MG). Tese de doutorado- Universidade de São Paulo/USP, 2011.
3. Fortes PA. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 30-35, 2004.
4. Ribeiro CRO. **O conceito de pessoa na perspectiva da bioética secular**: uma proposta a partir do pensamento de Tristram Engelhardt. São Paulo, 2002. [Tese] (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
5. Ferreira LR, Artmann E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1437-1450, maio 2018.
6. Fortes PAC, Martins CL. A ética, a humanização e a saúde da família. **Revista brasileira enfermagem**, Brasília, v. 53, n. spe, p. 31-33, Dec. 2000.
7. Zoboli ELCP. **Bioética e atenção básica**: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família. [Tese]. Doutorado em Saúde Pública - Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil, 2013.
8. Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 30-35, 2004.
9. Silva ID, Silveira MFA. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciência Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1535-1546, 2011.
10. Backes DS, Lunardi FWD, Lunardi VL. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Rev. esc. enferm. USP** [Internet]. 2006 June 40 (2): 221-227. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342006000200010&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S008062342006000200010>.
11. Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta paulista de enfermagem** [online], v. 20, n. 2, p. 2, 2007.
12. Bardin L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.
13. Brasil. **Lei nº 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
15. Deslandes SF. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface**, v. 9 n.17, 401-403, 2005.
16. Goulart B, Niegia G, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde—contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010.
17. Barbosa EC. 25 anos do Sistema Único de Saúde: conquistas e desafios. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 85-102, jul./dez. 2013.
18. Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005.
19. Lenz AJ, et al. Acolhimento, Humanização e Fonoaudiologia—relato de experiência em Unidade Básica de Saúde de Novo Hamburgo (RS). **Boletim Saúde**, v. 20, n. 2, p. 59-69, 2006.
20. Pessini L, Bertachini L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.
21. Kunkel MB. **Humanização na saúde e cidadania**: o caminho para o SUS. In: Ferla AA, Fagundes SMS (Org.). Tempo de inovações: a experiência da gestão da saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Da Casa, 2002. p. 195-202.
22. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v.10, p. 3. 561-571, 2005.
23. Mota RA, Martins CGM, Vêras RM. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 2, p. 323-330, 2006.
24. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, p. 549, 2011.
25. Pessini L, et al. Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica. **Mundo Saúde**. Abr-Jun; v. 27 n.2, 2003.
26. Pinho IC, Siqueira JCBA, Pinho LMO. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 1, 2006.
27. Schimith MD, et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trabalho educação saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 479-503, Nov. 2011.

28. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **UNESCO**, Ministério da Saúde, 2002.
29. Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. V. 10, n.3, p. 585-97, 2005.
30. BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: norma operacional de assistência à saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília, 2001.
31. Bessa PS. Gestalt-Terapia e cuidado em saúde mental: Um diálogo possível e necessário. **Revista IGT na Rede**, v. 9, nº 17, 2012, p. 210 – 222.
32. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, Dec. 2011.
33. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
34. Jorge MSB, et al. Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1543-1561, 2012.
35. Otanari TMC, et al. Os efeitos na formação de residentes de psiquiatria ao experimentarem grupos GAM. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 460-467, dez. 2011.
36. Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 34-41, 2007.