



A HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

THE HUMANIZATION IN THE BASIC HEALTH CARE SERVICES: CONCEPTIONS OF HEALTH PROFESSIONALS

LA HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: CONCEPCIONES DE PROFESIONALES DE LA SALUD

José Carneiro de Oliveira Junior¹, Mariluce Karla Bomfim de Souza²

RESUMO

Objetivo: analisar a concepção dos profissionais de nível superior que assumem a gerência das Unidades de Saúde da Família acerca da humanização como critério de (re) organização do serviço e de melhoria da assistência prestada ao usuário. **Metodologia:** estudo qualitativo, com profissionais que assumem a gerência das unidades em que foi implantada a Política de Humanização, em um município baiano, no ano de 2010. Os dados foram coletados por intermédio de oito entrevistas e, para a análise, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética, segundo o Parecer nº 038/2010. **Resultados:** há pluralidade de entendimentos sobre a humanização, fato que pode ser caracterizado como aspecto positivo se utilizado no sentido de congregar ideias para a construção coletiva de intervenções no âmbito da saúde local. Contudo, as visões apresentadas por cada profissional ainda são reduzidas devido à amplitude do conceito da humanização. **Conclusão:** os achados revelaram a importância de se utilizar os pressupostos da Política de Humanização para nortear práticas e reorganizar o serviço na busca por uma assistência de qualidade. **Descritores:** Humanização; Serviços de Saúde; Gerenciamento.

ABSTRACT

Objective: to analyze the conception of higher-level professionals who assume the management of the Family Health Units about the humanization as a criterion for (re) organization of the service and of improvement of the care provided to the user. **Methodology:** it is a qualitative study, with professionals who assume the management of the units in which the Humanization Policy was implemented, in a Bahia municipality, in 2010. The data were collected through eight interviews and, for making the analysis, we have used the content analysis technique. The research project was approved by the Ethics Research Committee, according to the Opinion nº 038/2010. **Results:** there is plurality of understandings about the humanization, which might be characterized as a positive aspect if it is used to unify the ideas for the collective building of interventions within the local health coverage. However, the viewpoints presented by each respondent are still reduced due to the breadth of the concept of humanization. **Conclusion:** the findings have revealed the importance of making use of the assumptions of the Humanization Policy to guide practices and reorganize the service in the pursuit for a quality care. **Descriptors:** Humanization, Health Services; Management.

RESUMEN

Objetivo: analizar la concepción de los profesionales de nivel superior que asumen la gerencia de las Unidades de Salud de la Familia acerca de la humanización como criterio de (re)organización del servicio y de mejoría de la asistencia prestada al usuario. **Metodología:** estudio cualitativo, con profesionales que asumen la gerencia de las unidades en que fue implantada la Política de Humanización, en un municipio bahiano, en el año de 2010. Los datos fueron recogidos por intermedio de ocho entrevistas y, para el análisis, se utilizó la técnica de análisis de contenido. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética, según parecer nº 038/2010. **Resultados:** hay pluralidad de entendimientos sobre la humanización, hecho que puede ser caracterizado como aspecto positivo si utilizado en el sentido de congregar ideas para la construcción colectiva de intervenciones en el ámbito de la salud local. Con todo, la visión presentada por cada profesional todavía es reducida, debido a la amplitud del concepto de la humanización. **Conclusión:** los hallados revelaron la importancia de utilizarse los presupuestos de la Política de Humanización para nortear prácticas y reorganizar el servicio en la búsqueda por una asistencia de calidad. **Descriptor:** Humanización; Servicios de Salud; Gerenciamento.

¹Enfermeiro, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Salvador (BA), Brasil. E-mail: josecarneirojr@hotmail.com; ²Enfermeira, Doutora em Saúde Pública, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Salvador (BA), Brasil. E-mail: marilucejbv@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O SUS constitui projeto social único cujos princípios de universalidade, integralidade e equidade estão firmados na Constituição Federal de 1988. A Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 afirma que o Estado tem o dever de garantir a saúde nas práticas de planejamento e execução de políticas econômicas, sociais e conseqüentemente de saúde que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.¹

Para a garantia do acesso à saúde, o sistema público de saúde está organizado em níveis de atenção à saúde, sendo um deles a Atenção Básica à Saúde (ABS). O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, caracteriza a Atenção Básica por “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral”. E acrescenta que a ABS deve ser “o contato preferencial dos usuários”, e deve ser orientada pelos “princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da *humanização*, da equidade e da participação social”.^{2:3}

Com destaque ao princípio da humanização, este se operacionaliza com o resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, gerentes, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde; a construção de diferentes espaços de encontro entre sujeitos e a troca de saberes; o trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação transdisciplinar; o atendimento de demandas dos diferentes sujeitos e o pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS e as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde.^{3:19-20}

No Brasil, a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e da Gestão à Saúde, criada em 2003, entende a humanização como política pública de saúde que deve perpassar as diferentes ações e instâncias gestoras dos serviços de saúde. A PNH constitui como tarefa desafiadora à produção de novas atitudes pelos trabalhadores, gestores e usuários, assim como à produção de novas éticas nos campos

do trabalho, da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano.⁴

Diante disso, surgiu a nossa inquietação envolvendo o tema “Humanização”, especificamente, as concepções dos profissionais sobre o referido assunto. A partir disso, definimos como objetivo deste estudo: analisar a concepção dos profissionais de nível superior que assumem a gerência das Unidades de Saúde da Família acerca da humanização como critério de (re) organização do serviço e de melhoria da assistência prestada ao usuário.

REFERENCIAL TEÓRICO

O termo “humanização” não é considerado, segundo a literatura, como um termo novo, sendo este proferido desde o Período Renascentista, entre o final da Idade Média e meados da Idade Moderna. Contudo, no âmbito da saúde, este verbete tem agregado outros significados e usos, sendo tema da construção de uma Política de Saúde e intenso comentário nas discussões em Bioética. Assim, este pode ser discutido sob várias óticas de modo a promover uma reflexão a fim de orientar as práticas e aumentar seu potencial transformador das realidades no âmbito da saúde.

A locução “humanização” envia-nos às bases filosóficas renascentistas do humanismo, permitindo desfazer a ilusão de novidade em seu uso, bem como explorando suas transformações e metamorfoses, aplicando ao cenário das discussões na área da saúde. “As metamorfoses nos impulsionam a um exercício de superação, não dos temas, mas de uma lógica que busca precursores e causas funcionais. Assumimos a posição não da continuidade histórica, mas da reatualização temática que tanto mantém como transforma”.^{5:328}

Na civilização contemporânea, as condições objetivas e subjetivas para obter um alto grau de humanidade para todos os membros da espécie humana estão já dadas pelo alto grau de potência produtiva. Para essas orientações, humanizar consiste simplesmente em canalizar tais capacidades no sentido de estender e distribuir, integral e igualitariamente, à humanidade uma série de benefícios e resultados considerados propriedades *sine qua non* da condição humana.⁶

Humanizar é também garantir à palavra a sua dignidade ética. Nesse sentido, o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizadas,

precisam tanto que as palavras como que o sujeito que as expressa sejam reconhecidos pelo outro, bem como que esse sujeito precisa ouvir palavras de seu reconhecimento por parte do outro.^{6:280} Para o Ministério da Saúde, humanizar é “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”.^{7:6}

Deslandes⁸, ao citar a definição do termo humanizar presente nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, afirma que o sofrimento, a dor e prazer expressos pelos sujeitos em palavras necessitam ser reconhecidas pelo outro, dado que as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes.

A Política de Humanização proposta pelo Ministério da Saúde utiliza o termo “humanização” em uma perspectiva positiva que resultaria em valorização e garantia de autonomia dos protagonistas no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, com consequente aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos. Essa política apresenta como eixo norteador a construção de relações mais horizontais entre profissionais e usuários, ressaltando que aos sujeitos/usuários é dada a garantia de seus direitos.^{5:332}

Logo, percebe-se a PNH não como programação vertical, mas como proposta transversal com a preocupação de propor transformações com impactos positivos, articulando todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: gestores, trabalhadores e usuários.⁵ A política traz um enfoque relevante que se refere à necessidade cada vez mais emergente de se ampliar e, principalmente, melhorar a capacidade das organizações para atender satisfatoriamente às demandas individuais e coletivas no que se refere à saúde. Nesse sentido, a humanização deve:

Considerar a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde - usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de corresponsabilidade (adaptando a citação direta à nova ortografia) na produção de saúde; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde.^{6:278}

MÉTODO

Este estudo de abordagem qualitativa foi realizado em um município localizado na Região do Recôncavo Sul do Estado da Bahia às margens da BR 101⁹, incluído na Macrorregião Leste do Estado¹⁰, e que sedia um dos campi da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). No tocante ao sistema de saúde, o município dispõe de mais de 20 Unidades de Saúde da Família (USF), além de unidades básicas de saúde, unidades satélites, equipes de saúde bucal e os serviços de referência.

Utilizamos como campo de pesquisa cinco unidades de saúde do município em que foi implantada a Política de Humanização, enquanto projeto piloto. Os enfermeiros e odontólogos que atuam nessas unidades e que participaram da gerência destas no período de implantação da política foram convidados a participar deste estudo. As unidades não serão citadas a fim de garantir-se a privacidade e confidencialidade dos sujeitos envolvidos. Assim, aceitaram participar deste estudo 08 (oito) sujeitos, os quais disponibilizaram as informações para a análise realizada.

Realizamos a coleta de dados de fontes primárias por meio da técnica de entrevista do tipo semi-estruturada.¹¹ A entrevista ocorreu em momento único, com cada entrevistado, após a aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo gravada e, posteriormente, transcrita para permitir a análise de dados, a fim de que não fosse perdida qualquer informação. Os sujeitos foram identificados por códigos de E1 até E8.

A análise dos dados coletados com as entrevistas ocorreu em três etapas^{11:316-318}, a saber: Pré-análise, Exploração do Material e Tratamento dos Resultados obtidos e Interpretação.

Esta pesquisa foi norteadora pela Resolução nº 196/96.¹² O projeto deste estudo foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade Maria Milza, que emitiu parecer de aprovação (nº. 038/2010).

RESULTADOS

Foram identificadas diferentes concepções acerca da Humanização oriundas dos profissionais de nível superior que assumem a gerência das Unidades de Saúde da Família. As concepções apresentadas pelos entrevistados deram nomes às categorias deste estudo, quais sejam: Humanização enquanto atendimento de acordo com a demanda/necessidade; Assistência de acordo

Oliveira Junior JC de, Souza MKB de.

A humanização nos serviços da atenção básica...

com os princípios do SUS; Humanização enquanto acolhimento; e, Humanização nas relações com o indivíduo e com a equipe.

DISCUSSÃO

Para a discussão dos resultados, adotaremos as categorias que emergiram da leitura e análise das entrevistas realizadas para o desenvolvimento deste estudo.

• Atendimento de acordo com a demanda/necessidade

Para alguns dos entrevistados, a humanização se resume no atendimento ao usuário conforme a demanda/necessidade apresentada. Assim, a humanização foi expressa na supressão de necessidades. Outro entrevistado entende que esse atendimento estende-se também aos colegas de trabalho:

[...] Entender a necessidade dele [...] baseada no princípio de que eu tenho que entender a demanda do outro, e aproveitar, acolhendo esse indivíduo e prestando o atendimento de acordo com a demanda dele. (E1)

Você tentar atender o máximo possível a necessidade da pessoa que lhe procura, seja profissional, funcionário ou paciente. É você ouvir a queixa. (E7)

Esses trechos apresentados revelam uma humanização baseada na busca pela qualidade, visão esta já defendida mesmo antes de se discutir a PNH, quando o SUS, enquanto direito do cidadão, promove a resolução dos problemas de saúde e a qualidade de vida no trabalho em saúde para o profissional.

O tema da humanização aparece em várias realidades e contextos, sob diversas designações, geralmente ligado à busca de melhoria na qualidade da atenção ao usuário, a reivindicação de qualificação e de ampliação do acolhimento, da resolutividade e da disponibilidade dos serviços. Por outro lado, os trabalhadores da saúde buscam melhores condições de formação e de trabalho para lidar satisfatoriamente com a intensidade do impacto que o enfrentamento cotidiano da doença e do sofrimento os impõe, bem como para dar conta dos desafios da assistência nas perspectivas da universalidade, da integralidade e da equidade da atenção à saúde, consignadas pelo SUS.¹³

Para que se alcance essa resolutividade, se faz necessário e indispensável ter a escuta e o registro das demandas dos usuários, por parte do profissional, como modo de utilizar uma tecnologia que lhe permita investigar o problema além da queixa. Essa tecnologia^{14:592; 8} refere-se à escuta, e é denominada “tecnologia de conversa”, a qual “facilitaria a

identificação, elaboração e negociação com os usuários das necessidades que podem vir a ser satisfeitas naquele ou em outros espaços institucionais”.

O entendimento dos entrevistados foca na resolutividade, com base na demanda exposta, que a partir de escuta qualificada, a situação pode ser resolvida. Os profissionais buscam identificar as necessidades e, nesse sentido, ensaia-se o início de um projeto terapêutico individualizado. Tal projeto é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva.¹⁵ Na realidade da Estratégia de Saúde da Família, o projeto pode ser feito para grupos, famílias e indivíduos, em busca da singularidade (a diferença) como um elemento central de articulação.

Nossa visão corrobora com a dos entrevistados no que diz respeito à escuta de demandas para buscar uma atuação singular e integral, na busca pela resolutividade, ou seja, na busca pela humanização da assistência. Todavia, esse é um dos meios para que se alcance a humanização, mas não a traduz. Essa ideia corrobora com autores¹⁶ que afirmam que definir humanização é um processo de múltiplas interpretações. Para os sujeitos entrevistados, essa concepção partiu de uma prática do cotidiano de trabalho, o atendimento baseado na escuta e resolução de demandas.

• Assistência de acordo com os princípios do SUS

Quando questionados sobre a concepção de humanização, E2, E3 e E7 afirmaram que humanização é promover os princípios do SUS. Essa concepção surgiu de diversas formas, mas com um mesmo sentido: de promover a integralidade.

[...] é uma política com o intuito de promover aqueles princípios que são defendidos pelos SUS! A acessibilidade do usuário, a integralidade, equidade! (E2)

Humanização é a gente saber tratar o paciente. [...] é tratar a pessoa de forma igual a que gostaríamos de ser tratado. (E3)

[...] é você promover aqueles aspectos do SUS. A integralidade, equidade, bom atendimento [...] (E7)

Os trechos das entrevistas acima revelam uma prática que deve ser comum, em que o usuário espera que sua demanda seja resolvida e, segundo os entrevistados, este deve ser abordado de forma a investigar o processo saúde-doença, conhecendo os fatores determinantes, para que assim sejam identificados os múltiplos fatores e a saúde possa ser promovida.

As concepções apresentadas pelos diversos sujeitos do estudo corroboram com o que é apresentado pelo Ministério da Saúde, quando este afirma que a Humanização enquanto política transversal do SUS deve “traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde”^{17:12}, e deve se “operacionalizar com o resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS”.^{3:19} O manual de avaliação e monitoramento da PNH enfatiza a necessidade de assegurar acesso e atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas.¹⁸

Contudo, existe um risco em reduzir o real conceito de humanização, traduzindo-o como integralidade. Alguns autores^{19:392} corroboram com essa perspectiva ao apresentar o *desafio metodológico* da humanização, concordando com outros críticos da humanização, ao entenderem que há uma repetição do princípio da integralidade. Ainda ressaltam que não caberia mesmo pensar em uma “política da integralidade”. Assim, uma política não pode se confundir com um princípio; e a humanização como política pública de saúde deveria efetivar os diferentes princípios do SUS nas práticas de saúde.

A integralidade apresentada aqui pelos entrevistados é vista como o princípio que se contrapõe à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. O olhar do profissional, neste sentido, deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial inserido em um contexto de vida. Assim, seria caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos.²⁰

• Humanização enquanto acolhimento

Os sujeitos da pesquisa, ao definirem humanização, fizeram alusão ao acolhimento como o modo de produzir e concretizar a humanização:

Humanização é um novo enfoque para lidar com a população [...] baseia-se no acolhimento, mudança da postura profissional [...] (E4)

Deve ter o acolhimento [...] o paciente tem que ser atendido de forma humanitária (E8)

Conforme observamos, nas concepções de E4 e E8, a humanização é um modo de assistir ao usuário e, para eles, todo esse processo se baseia no acolhimento. A humanização enquanto novo enfoque ao qual E4 se refere nos leva a discutir sobre uma mudança da prática assistencial do modelo tradicional, que propõe uma série de alterações nas práticas e

organização da assistência à saúde. Essa realidade é confirmada e apresenta a reorientação do foco da assistência como uma das mudanças nas práticas de atenção à saúde, que “deixa de ser a doença de um indivíduo, em geral entendido fora de seu contexto social e econômico, e passa ser a família”.²¹

Uma das maneiras de se proporcionar um atendimento humanizado no contexto de Saúde Coletiva é através do acolhimento dos usuários.²² Vejamos o trecho a seguir:

Humanização é todo o processo de acolhimento daquele indivíduo na unidade, desde a recepção, quando chega para ser atendido (E5)

A atividade de recepção de um serviço de saúde deve ser entendida como um espaço no qual ocorre o reconhecimento das necessidades do usuário por meio da investigação. Portanto, o acolhimento resultaria em humanização quando utilizado como ferramenta que estrutura a relação entre a equipe e o usuário, onde a equipe se solidariza pela demanda deste.²³

Quando o sujeito E5 afirma que o acolhimento vai além da recepção, sendo exercitado por todos os profissionais da equipe, responde por prerrogativa para a implantação desse dispositivo: o acolhimento é um processo que abrange todo o percurso terapêutico do usuário no serviço. Assim, pode-se pensar o acolhimento como um processo que se inicia com a entrada do usuário na instituição até sua saída. Portanto, não existe um momento específico, ou um local para o processo de acolhimento, mas sim um atendimento integral que valorize o ser humano.²²

• Humanização nas relações com o indivíduo e com a equipe

Quando os sujeitos do estudo comentaram suas concepções sobre a humanização, enfatizaram que esta se define como um modo de agir do profissional direcionado não somente para o usuário do serviço, mas também para os profissionais do serviço. Essa perspectiva defende a ideia de que humanização é um processo relacional, e antes de beneficiar o usuário deve promover boas relações e boas condições no ambiente de trabalho. Os conteúdos das entrevistas exemplificam esse contexto:

Agindo como profissional de saúde, na tentativa de humanizar, não só o cliente, mas a equipe que está trabalhando comigo. (E1)

Eu acho que humanização é muito mais sensibilização (...) tanto para o paciente,

Oliveira Junior JC de, Souza MKB de.

A humanização nos serviços da atenção básica...

[...] quanto também você ser humanizado em relação às questões internas. (E7)

Os discursos dos entrevistados demonstram a visão de promoção de saúde, integral e humanizada, baseada em um modelo de atenção que é fundamentado pela organização de trabalho em equipe multiprofissional, na qual as relações estão estabelecidas de forma a promover maior integração da equipe. Esta é considerada uma importante estratégia para reorganização do processo de trabalho em direção a uma abordagem mais eficaz e integral.²¹ Esses autores, ao discutirem essas transformações no agir em saúde, afirmam que estas não ocorrem naturalmente, nem automaticamente, exigindo dessa forma nova organização do trabalho que permita dar conta, mais amplamente, não só da saúde dos usuários dos serviços, mas também dos trabalhadores da saúde dentro desse rearranjo dos processos de trabalho, exigindo maior amplitude de saberes e diversidade de práticas.²¹

Para que se alcance maior amplitude de saberes e práticas, é necessário que estes sejam socializados entre os membros da equipe de saúde em um processo de troca e construção de condutas baseadas na valorização e protagonismo de sujeitos. Frequentemente, o profissional que trabalha em uma equipe não consegue pensar em soluções ou novas ideias que transforme a realidade isoladamente. Para isso, a PNH desenvolveu um dispositivo que cria espaços coletivos de discussão entre os trabalhadores, o qual é definido como Grupo de Trabalho de Humanização (GTH).

Aqui, chamamos atenção para importância dos gerentes dos serviços como incentivadores e facilitadores de um processo de reflexão coletiva sobre o próprio trabalho, dentro de um espaço onde todos os sujeitos tenham o mesmo direito de dizer o que pensam, de criticar, de sugerir e propor mudanças no funcionamento dos serviços, na atenção aos usuários e nos modos de gestão dos mesmos. A humanização, nesse sentido, é promovida para os profissionais no momento em que estes realizam auto-reflexão e reconhecem a sua importância dentro do grupo. Ocasionalmente, este processo acaba por favorecer o próprio usuário enquanto maior beneficiado no processo de humanização da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou a pluralidade de entendimentos dos profissionais de saúde sobre a humanização. Consideramos esses achados como um aspecto positivo, visto que

tais concepções podem ser utilizadas no sentido de congregar as ideias para a construção coletiva de intervenções no âmbito da saúde local e municipal. Os entrevistados apresentaram em cada entrevista um potencial e interesse em promover a humanização, e esta deve ser uma característica a ser utilizada pelos gestores como força motriz para o processo de implementação e consolidação da Política de Humanização nos serviços.

Contudo, as ideias apresentadas por cada entrevistado ainda são reduzidas devido à amplitude do conceito de humanização e da abrangência da Política de Humanização vigente no país. Percebemos que o entendimento de humanização, para os profissionais gerentes, está vinculado de forma a se traduzir em princípios e diretrizes do SUS ou em dispositivos da PNH. Essa é uma visão equivocada, já que estes princípios e diretrizes estão intrínsecos ao funcionamento e organização dos serviços do SUS, pois a PNH vem desenvolvendo dispositivos e ferramentas que, ao reafirmarem os princípios do SUS e basearem ações segundo suas diretrizes, propõem mudanças e reorganização de modo a produzir qualidade de vida a todos os sujeitos envolvidos no processo de promoção e produção em saúde.

Entretanto, os resultados trazem a reflexão de que a humanização é um pilar essencial na construção do novo modelo de saúde, por meio do estabelecimento de vínculo entre profissionais/usuários/famílias e através da responsabilização da equipe. Fica evidente que, para haver modificação expressiva do modelo assistencial e a humanização do atendimento, é preciso redirecionar a organização e distribuição das ações e serviços de modo a responder satisfatoriamente às demandas e necessidades de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Lei Orgânica de Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1990.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4th ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos Humaniza SUS:

formação e intervenção. v.1, Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.

5. Souza WS, Moreira MCN. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. *Interface comun saúde educ* [Internet]. 2008 Apr-June [cited 2011 Aug];12(25):327-38. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200008

6. Oliveira BRG, Collet N, Viera CS. A humanização na assistência à saúde. *Rev. latinoam. enferm.* [Internet]. 2006 Mar-Apr [cited 2011 Jan];14(2):277-84. Available from: www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

8. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2004 [cited 2010 Dec];9(1):7-14. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1237132&pid=S14138123200500030001800008&lng=en

9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@ [cited 2010 Apr 14]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007>.

10. Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Diretor de Regionalização. [cited 2010 Apr 14]. Available from: <http://www.saude.ba.gov.br>

11. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde. 12th Ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa. Série CNS - Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n. 133. Brasília; 2002. 83-91.

13. Souza LAP, Mendes VLF. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). *Interface comun saúde educ* [Internet]. 2009 [cited 2011 Jan];13(suppl.1):681-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500018&script=sci_arttext

14. Teixeira RR. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2005 [cited 2010 Dec]; 10(3): 585-97. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000300016&script=sci_arttext

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2nd ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

16. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2005 [cited 2010 Dec];10(3): 599-613. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000114&pid=S1413-8123200800010000800012&lng=en

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. 1.^a Ed, Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

19. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface comun saúde educ* [Internet]. 2005 Aug [cited 2011 Jan];9(17):389-94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000200014&script=sci_arttext

20. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface comun saúde educ* [Internet]. 2005 Aug [cited 2011 Jan];9(16):39-52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000200014&script=sci_arttext

21. Barros MEB, Santos-Filho SB, Silva FH, Gomes RS. Saúde e Trabalho: Experiências da PNH e a Atenção Básica. 2010. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS: Atenção Básica. Brasília (DF), 2010; (2): 47-58.

22. Souza APFS, Carvalho FT, Nardini M, Calvetti PU, Gil ME. A Humanização no Atendimento: interfaces entre psicologia da saúde e saúde coletiva. *Bol saúde*. 2005;19(2): 21-8.

23. Bustorff LACV, Moura MC, Souto CMM, Rigão TVC, Araújo VS. Analysis of practices conducted by professional teams of familyhealth. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2011 Mar-Apr [cited 2012 July 15];5(2):185-92. Available from: <http://pt.scribd.com/doc/76531871/revista-REUOL>

24. Ayres RCV, Pereira, SMOE, Ávila SMN, Valentim W. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. *Mundo saúde* (Impr.). 2006; 30(2):306-11.

Oliveira Junior JC de, Souza MKB de.

A humanização nos serviços da atenção básica...

Submissão: 05/08/2012

Aceito: 16/04/2013

Publicado: 01/06/2013

Correspondência

Mariluce Karla Bomfim de Souza

Residencial Torres

Rua João Bião Cerqueira, 274 / Ap. 1501^a

Bairro Pituba

CEP: 41830-580 – Salvador (BA), Brasil