



## The Perception of the User as Humanization in Care in Basic Health Units of the Municipality of Floriano-Pi

---

Encly Raphael Rodrigues Farias,  
Adenilde Maria Coelho Soares da Silva,  
Izabella Neiva de Albuquerque Sousa,  
Katharini Maria Barbosa Teixeira Rocha,  
Joaline Barroso Portela Leal and Valeria Albuquerque Sousa

EasyChair preprints are intended for rapid  
dissemination of research results and are  
integrated with the rest of EasyChair.

July 12, 2019

# A PERCEÇÃO DO USUÁRIO QUANTO A HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FLORIANO-PI.

Enygly Raphael Rodrigues Farias<sup>1</sup>, Adenilde Maria Coelho Soares da Silva<sup>2</sup>, Izabella Neiva de Albuquerque Sousa<sup>3</sup>, Katharini Maria Barbosa Teixeira Rocha<sup>4</sup>, Joaline Barroso Portela Leal<sup>5</sup>, Valéria Albuquerque Sousa<sup>6</sup>

Hospital Regional Deolindo Couto, enygly\_kbssao@hotmail.com<sup>1</sup>; Universidade Estadual do Piauí, adenildecoelho@gmail.com<sup>2</sup>; Serviço Social do Transporte – Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte, izabellaneiva1@gmail.com<sup>3</sup>; Secretaria Municipal de Saúde de Picos – PI, katharinirocha@hotmail.com<sup>4</sup>; Hospital Regional Justino Luz e Pronto Atendimento Infantil Municipal, joaline\_barroso@hotmail.com<sup>5</sup>; valeria-alb@live.com<sup>6</sup>

**Introdução:** A Política Nacional de Humanização prioriza a valorização dos sujeitos no processo de produção de saúde, quais sejam os usuários, trabalhadores e gestores, de forma a investir na autonomia e no protagonismo dos mesmos. **Objetivo:** analisar a Percepção do usuário quanto a Humanização no Atendimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Floriano-PI. **Método:** trata-se de uma pesquisa qualitativa, onde foram avaliados usuários do SUS assistidos em UBS na cidade de Floriano- PI. A população teve como universo os usuários de UBS, com uma amostra de 20 pacientes, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. **Resultado:** 55% não tem conhecimento sobre Humanização no atendimento e 45% deles responderam que tem conhecimento. **Conclusão:** podemos perceber que os modelos de atenção e gestão com foco nas necessidades dos cidadãos e na melhoria das condições de trabalho estimulam atitudes que agregam valor ao ser humano, repercutindo na qualidade da assistência.

**Palavras-Chave:** Percepção dos Usuários. Humanização. Atenção Primária à Saúde.

## USER'S PERCEPTION OF HUMANIZATION IN CARE OF BASIC HEALTH UNITS IN THE MUNICIPALITY OF FLORIANO-PI

**Introduction:** The National Humanization Policy prioritizes the valorization of the subjects in the process of health production, which are the users, workers and managers, in order to invest in their autonomy and their protagonism. **Objective:** to analyze the User's Perception about Humanization in Care in Basic Health Units (BHU) in the municipality of Floriano-PI. **Method:** this is a qualitative research, where SUS users were evaluated at UBS in the city of Floriano-PI. The population was UBS users, with a sample of 20 patients, who agreed to voluntarily participate in the research. **Result:** 55% do not know about Humanization in care and 45% of respondents are aware. **Conclusion:** we can see that attention and management models focusing on the needs of citizens and improving working conditions stimulate attitudes that add value to the human being, affecting the quality of care.

**Key words:** Perception of Users. Humanization. Primary Health Care.

## 1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e da Gestão à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantada, em 2003, como uma possibilidade de qualificar o sistema de saúde vigente em que a humanização pode ser entendida como a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde, quais sejam os usuários, os trabalhadores e os gestores. De acordo com essa política, humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Nessa perspectiva, a PNH foi construída como uma política transversal às demais políticas e ações de saúde, fortalecendo outros

processos similares (BRASIL, 2013)

A Humanização da Assistência é um tema que vem sendo muito discutido atualmente no campo da Saúde. No entanto, apesar de ter se intensificado nos últimos anos, tais discussões estão presentes na área da saúde há muitas décadas. Um grande marco desse movimento foi o Simpósio Americano intitulado Humanizing Health Care (Humanizando o cuidado em Saúde) que aconteceu em 1972, em São Francisco. Este evento pretendeu conceituar, ou ao menos identificar, o que seria humanização ou desumanização do cuidado em saúde e a possível maneira de implementar cuidados humanizados. Neste simpósio discutiu-se sobre o papel de fatores estratégicos para a (des)humanização do cuidado (DESLANDES, 2006).

As abordagens teóricas e organizativas da PNH demonstram que essa política veio para fomentar a efetivação de um SUS inclusivo, democrático, resolutivo e acolhedor. Mostram conceitos ampliados sobre a humanização, de forma a acrescer valores diversos: 'organizativo' porque se refere às formas de acrescer os serviços de saúde; 'gerencial' por abordar o modo de gestão e a coordenação do trabalho desenvolvido; e 'relacional' por referir-se ao relacionamento estabelecido entre os indivíduos que participam do processo de trabalho em saúde, que são os gestores, os trabalhadores e os usuários (MENDES, 2010; VILAR, 2014).

O discurso sobre o cuidado centra-se na abordagem humanística, caracterizando o cuidado humano na interação estabelecida entre o profissional (que cuida) e o cliente que participa deste cuidado (MENDES et al., 2009).

Sabe-se que, para humanizar a assistência não basta investir em equipamentos e tecnologias e que o tratamento é mais eficaz quando a pessoa é acolhida, ouvida e respeitada pelos profissionais de saúde.

O acolhimento é capaz de restringir toda essa problemática, atuando como uma tecnologia para reestruturação dos serviços, com vistas à garantia do acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento (FRANCO et al., 1999). Ele pode ainda funcionar como um meio assistencial que, segundo Miranda e Miranda (1996), se associa às relações humanas e habilidades interpessoais dos profissionais que acolhem os usuários.

Em contrapartida, também se faz necessário a humanização das condições de trabalho destes profissionais. Os funcionários que se sentem respeitados pela instituição prestam atendimento mais eficiente. (BRASIL, 2004, p.43).

Sendo assim, para o efetivo respeito ao sujeito central das ações de saúde, o usuário do serviço, não se pode esquecer a realidade instituída em muitas organizações, no que se refere às condições de trabalho dos profissionais. Falar em humanização, enquanto escuta e participação coletiva da gestão, sem mencionar o trabalhador com sobrecarga de funções e de atividades, muitas vezes, com jornada dupla ou tripla de trabalho, geradoras de estresse físico e emocional, pode ser irônico e efetivamente desumano (RIZZOTTO, 2002)

É necessário compreender que cada indivíduo possui sua singularidade constituindo-se de uma identidade única. Não ser sensível a esse fato conduziria a um tratamento rotinizado, padronizado, impessoal; no entanto, a padronização do atendimento não se configura necessariamente em sinônimo de desumanização, assim como um tratamento diferenciado também não garante o cuidado humanizado (DESLANDES, 2006).

Reconhece-se e valoriza-se essa dimensão subjetiva do usuário, não apenas por uma questão ética, que em toda relação está sempre um outro e que só se desenvolvem relações éticas quando se vê o outro como interlocutor válido e como agente social das próprias mudanças por meio da reflexão consciente e compartilhada do problema. Existem também razões pragmáticas para agir assim, por se entender que o envolvimento e a participação dos usuários só são possíveis mediante processo de diálogo entre saberes, no qual cada um contribui com seu conhecimento peculiar, acreditando-se que o desenvolvimento efetivo dessa participação parte de práticas vivenciadas no cotidiano (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004).

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de

saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva.

O interesse pelo tema surgiu a partir de vivências em ambientes de trabalho, onde surgiu a necessidade de realizar um diagnóstico situacional da percepção dos usuários frente à humanização da assistência. É sabido que muitas dificuldades enfrentadas pelos usuários do sistema de saúde podem ser evitadas quando se ouve, compreende, acolhe, considera e respeita suas opiniões, queixas e necessidades. Um atendimento humanizado pressupõe a união de um comportamento ético, do conhecimento técnico e empatia com a oferta de cuidados dirigidos às necessidades dos pacientes.

Nos dias de hoje, a humanização e o investimento no bem-estar do paciente são instrumentos de intenso debate na área da saúde. A discussão do tema se faz necessária, pois os avanços do dia-a-dia e tecnologias do setor podem caminhar em desarmonia com o aprimoramento na qualidade do relacionamento profissional/usuário. Desta forma este trabalho visa analisar a percepção do usuário quanto à Humanização no Atendimento em Unidades Básicas de Saúde do município de Floriano- PI.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa observacional transversal do tipo qualitativa, onde foram avaliados usuários do SUS assistidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) na cidade de Floriano- PI, localizada na região Sul do Estado a 240 km da capital Teresina.

A abordagem qualitativa foi realizada através de questionário aplicado aos usuários que foram assistidos nas UBS Pedro Simplício e Alfredo de Carvalho, respectivamente localizadas nos bairros Conjunto Pedro Simplicio e Campo Velho, Zona Urbana da cidade de Floriano- PI.

Os dados foram coletados em Junho de 2017, sendo a amostra composta por 20 pacientes de ambos sexos e a inclusão se deu através dos seguintes critérios: ser cliente da UBSs escolhidas, estar cadastrado regularmente na área adstrita, aceitar participar voluntariamente da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, tendo como critérios de exclusão todos aqueles que não estão cadastrados regularmente na área adstrita, não frequentam com normalidade o serviço de saúde ali estudado ou se abster de assinar o TCLE.

Os dados foram coletados através de um questionário semiestruturado, este questionário contentou perguntas abertas e fechadas, sendo dividido em duas partes: Na primeira, houve questões gerais do usuário como, número do participante, endereço e escolaridade. Na segunda, teve questões sobre a Humanização no Atendimento naquela UBS.

Com base nos questionários, os dados foram analisados e interpretados qualitativamente. O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Estudo e Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí – PI (UESPI) sob o número CAAE: 64859317.1.0000.520.

## **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.**

De acordo, com os critérios estabelecidos no presente estudo e a totalidade da amostra, as informações foram adquiridas através de um questionário que foi dividido em duas partes conforme os objetivos que nortearam a pesquisa. A primeira parte incide na caracterização da amostra, referido as características pessoais dos sujeitos da pesquisa, tais

como: sexo, faixa etária, raça/cor, domínio de leitura de escolaridade; a segunda expõe a descrição mencionada pelos participantes sobre a humanização no atendimento.

**Tabela 1** – Percentual referente a distribuição da identificação dos participantes em estudo de acordo com sexo, faixa etária, raça/cor e domínio de leitura. Floriano/PI.

<b>SEXO</b>	<b>Nº</b>	<b>(%)</b>
Masculino	08	<b>40%</b>
Feminino	12	<b>60%</b>
<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>Nº</b>	<b>(%)</b>
21 a 30 Anos	03	<b>15%</b>
31 a 40 Anos	03	<b>15(%)</b>
41 a 50 Anos	03	<b>15%</b>
51 a 60 Anos	11	<b>55%</b>
<b>RAÇA/COR</b>	<b>Nº</b>	<b>(%)</b>
Pardo	13	<b>65%</b>
Branco	01	<b>5%</b>
Preto	03	<b>15%</b>
Não declararam	03	<b>15%</b>
<b>SABER LER/ ESCREVER</b>	<b>Nº</b>	<b>(%)</b>
Sim	18	<b>90%</b>
Não	<b>02</b>	<b>10%</b>

Fonte: Pesquisa direta

Na tabela acima, foram encontrados, 20 participantes, sendo 40% do Sexo Masculino e 60% do Sexo Feminino. No que diz respeito à faixa etária observou-se que 15% tinham idade menor que 30 anos, 15% de 31 a 40 anos, 15% de 41 a 50 anos e 55% de 51 a 59 anos. Em um estudo de Berto et al (2016), a faixa etária predominante foi composta por indivíduos entre 40 a 50 anos (19,5%) e 50 a 60 anos (18,7%). A mediana de idade dos representantes de cada família foi de 58,5 e 49 anos, respectivamente para os sexos masculino e feminino.

Em relação ao processo de humanização, observamos que 11 pacientes (55%) afirmaram ter conhecimento e 9 (45%) responderam não ter. Com isso, Ribeiro (2012), diz que o humanismo está relacionado a uma ética baseada na condição humana e nos ideais partilhados pelos homens, assim como a um conjunto de valores que fundamentam a compreensão dos empreendimentos científicos e tecnológicos. Pode ser expresso pelo caráter e qualidade da atenção, levando em conta interesses, desejos e necessidades dos atores sociais implicados nesta área.

Humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e, assim, criando condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma. Segundo Rech (2008), é tratar as pessoas levando em conta seus valores e vivências como únicos, evitando quaisquer formas de discriminação negativa, de perda da autonomia, enfim, é preservar a dignidade do ser humano.

No que diz respeito à disponibilidade da equipe para o atendimento, observa-se que 95% dos pacientes responderam que a equipe de saúde apresenta disponibilidade para conversar, esclarecer ou retirar as dúvidas dos mesmos, e apenas 5%, diz que os profissionais não tem esta disponibilidade.

O Programa de Saúde da Família (PSF), estratégia do Ministério da Saúde, condiz com a proposta de humanização do setor saúde, pois propõe uma mudança no modelo assistencial tradicional a partir de ações voltadas para a atenção primária centrada na família, através de equipe multiprofissional que deve estar preparada para conhecer a realidade das famílias, suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; prestar assistência integral e desenvolver processos educativos, ampliando o vínculo da população com os profissionais, aumentando a qualidade e abrangência do trabalho realizado, além de buscar a satisfação do usuário (BRASIL, 2001).

Desta forma, pode-se perceber que 55% dos pacientes, diz que algumas vezes a equipe de saúde respeita a autonomia deles, explicando de maneira clara as opções de tratamento e possibilitando que participe das tomadas de decisões, 35% disseram que sempre eles respeitam e 10%, disseram que não respeitam.

Constatou-se que 50% dos pacientes, diz que algumas das orientações que os profissionais dão para eles atendem as suas necessidades, 45% disseram que sempre atendem às necessidades e apenas 5%, não respondeu a esta pergunta.

Ao se designar o acolhimento nos serviços de saúde, este passa a solucionar os problemas do cliente de forma mais rápida, o profissional escuta suas contestações, angustias e anseios, se atribui para dar uma resposta pactuada perante o problema, conciliando as deficiências imediatas com a oferta dos serviços e gerando um encaminhamento responsável e resolutivo à necessidade não resolvida. Nesse contexto, o acolhimento não atua como execução certa, mas sim como um processo que une inúmeras ações que presumem um compromisso do sujeito profissional com o sujeito demandante de forma humanizada e resolutiva (SILVA;ALVES, 2008)

Esse interesse perpassa por ações de saúde que se focam na lógica da produção do cuidado traduzindo-se no trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário. São ações que centram atenção nas relações humanas, na produção de vínculo e no acolhimento, além da autonomia do usuário no cuidado de si (MATUMOTO et al, 2005)

No que se refere à satisfação do usuário, verificamos que 45% relacionam com o atendimento, 15% disseram estar relacionada ao respeito da equipe para com eles e 15% se referem à presença da marcação de exames e consultas na UBS, já 10% cita a acessibilidade ao local, 5% relatou ser devido ao profissional da sala de vacinação, por fim 5% não responderam a esta pergunta.

Para Sabourin (2008), a reciprocidade é uma causa base para os compromissos sociais, espontâneos ou não, como também para relações íntimas ou distantes. Valores ou dádivas como justiça, equidade, obrigação, respeito, gratidão, responsabilidade perante o outro e obrigação de obediência às leis estão presentes nas relações de reciprocidade e no ato de cuidar.

No estudo realizado por (BERTO, et al, 2016), demonstra, de maneira geral, a avaliação dos usuários sobre a qualidade do atendimento no SUS, sendo que 58% consideram regular, 23% ruim, 9% muito bom, 8% bom, 2% muito ruim.

Segundo Weiss (2008) existem quatro fatores que determinam a satisfação do usuário: características dos usuários e dos profissionais; relação profissional de saúde-paciente; fatores estruturais e ambientais. Já Donabedian (2003), considera que a satisfação pode ser vista pela reação do usuário diante do contexto, do processo e do resultado global de sua experiência relativa a um determinado serviço.

Notou-se que 30% dos pacientes relacionaram ao atendimento da Unidade de Saúde no tocante à falta de medicamentos, 25% associaram à falta de profissionais dentro da unidade, 20% pela demora do atendimento, 5% pela demora no recebimento nos resultados dos exames e 20% não responderam a esta pesquisa.

Um estudo realizado por Bezerra e Carvalho (2011), sobre os profissionais de saúde e as técnicas de interferência da Atenção Básica, retrata que problemas estruturais podem

dificultar as relações de permuta. Os autores afirmam que, quando há imperfeição nas qualidades estruturais da unidade, ficam em risco a confiança e o respeito entre profissionais e usuários.

Em relação às falhas na organização do atendimento são apontadas, por exemplo, as longas esperas e adiamentos de consultas e exames, ausência de regulamentos, normas e rotinas, deficiência de instalações e equipamentos, bem como falhas na estrutura física: “(...)a espera às consultas e à entrada, nas admissões em tempo dilatado, nos adiamentos impostos aos exames e aos tratamentos, no amontoado humano dentro das salas (...)” (LECLAINCHE, 2002).

Segundo os usuários a falta de profissionalismo e a falta de humanização por partes dos profissionais. A relação humanizada existente no serviço não se restringiu aos profissionais de saúde, estendendo-se a outros membros da equipe, chamando a atenção o trabalho dos recepcionistas, que constantemente estão informando os clientes sobre consulta, exames entre outros. No entanto, 3% dos entrevistados referiram situações de má recepção por parte de funcionárias e médicos, por falta de profissionalismo, desinteresse e rispidez no tratamento. (BERTO, et al, 2016)

LOPES et al, analisaram em seu estudo que a implementação do acolhimento nas ESFs favorecem melhoria na relação usuário-profissional, como elemento fundamental de afetividade, atitude acolhedora, de respeito e de cuidado. O intercâmbio dessas dádivas qualifica as relações humanas promovidas por relações sociais vivenciadas.

No que se refere à realização do exame físico durante as consultas por parte do profissional, 37% relataram que quase nunca realizam, 32% disseram que na maioria das vezes acontece, 16% disseram que eles nunca realizam o exame, 10% disseram que sempre é realizado e 5% se absteve de responder o questionamento.

O exame físico consiste na aplicação de técnicas propedêuticas de inspeção, ausculta, palpação e percussão, que somado a outras técnicas de semiologia, dá ao profissional o subsídio necessário para o diagnóstico e conseqüentemente para a execução de um plano de cuidado que beneficie o paciente, sendo dessa forma, essencial para o bom desempenho do processo de trabalho (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2010). Além disso, realizar o exame físico geral, valorizar o procedimento e entender que ele é essencial para a assistência de saúde é um fator importante e determinante para a qualidade da assistência oferecida pelo profissional da Estratégia Saúde da Família.

Em relação à frequência de visitas dos Agentes Comunitários de Saúde à sua residência, 70% dos pacientes disseram que são realizadas as visitas e 30% responderam que eles não realizam as visitas.

Levy et al. (2008) em estudo qualitativo sobre a percepção dos usuários a respeito do trabalho realizados pelos ACS, destacou como principal atividade desenvolvida às visitas domiciliares, enquanto fator que corrobora a satisfação mostrada pelo usuário. Ao analisar a frequência de visita domiciliar realizada pelo ACS no município de Teixeira, constata-se que a mesma era presença habitual no domicílio, sendo que 82,5% dos usuários recebiam visitas mensais, 7,2% uma vez a cada 3 meses, 1,7% uma vez a cada 6 meses e 8,6% outros (esporadicamente – apenas quando doentes, acamados ou impossibilitados de comparecer a UBS).

Ainda no que diz respeito às visitas dos demais profissionais, observou-se que 90% dos entrevistados responderam não ter visitas de outros profissionais em sua residência, 5% relataram ter recebido uma visita de outro profissional, além do Agente Comunitário de Saúde e 5% não respondeu a esta pergunta.

Ao tempo em que se fala dos demais profissionais ou também chamado de equipe multiprofissional, existe a correlação dos diferentes saberes, almejando sobrepor a desagregação no objetivo de criar novas explicações às demandas que surgem. Ademais, esta proporção inclui tanto as junções entre os profissionais e usuários como também as conexões entre os profissionais que integram a equipe multidisciplinar, como vínculos democráticos, que

estimulam a participação, a autonomia e a decisão coletiva (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009).

Essas concepções estão associadas ao reconhecimento da saúde como direito de cidadania, e à obrigatoriedade da geração de novos territórios existenciais e organizacionais, que reconheçam o indivíduo e sua coletividade, e produzam capacidade de interações, trocas e criações, baseado pelas teorias da dádiva e da reciprocidade, representadas por valores como interação social, solidariedade, respeito e responsabilização (VILAR, 2014)

Com isso, podemos constatar que a percepção apresentada por cada entrevistado sobre o conceito de Humanização ainda são reduzidas no tocante a amplitude da Política Nacional de Humanização do SUS. De acordo com os resultados obtidos, tivemos pontos positivos e negativos que serviram também para um diagnóstico situacional da relação profissional/usuário, podendo ser implementada com a Política Nacional de Educação Permanente.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os modelos assistenciais apoiados por uma gestão que prioriza as necessidades de saúde dos usuários e a melhoria das condições de trabalho dos profissionais, favorecem a implementação da Política Nacional de Humanização agregando valor ao ser humano, incentivando um padrão de excelência na atenção dos serviços de saúde.

Dessa forma, articular os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria na ambiência das estruturas físicas dos serviços de saúde e dos processos de trabalho dos profissionais, estimulam a construção das ações em saúde mais efetivas.

Este estudo conseguiu analisar a percepção dos usuários na humanização da assistência nas UBSs referidas, ressaltando os anseios e desejos dos mesmos, no tocante à atenção pleiteada.

Com isso, pode-se observar que é necessário desenvolver ações que deve se fazer presente em todas as relações que priorizem o cuidado, o vínculo entre trabalhadores de saúde e usuários, o saber escutar e compreender aqueles que o buscam, e estabelecer o acolhimento como uma ferramenta que: possibilite a humanização do cuidado; ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde; resolutividade dos problemas; coordenação os serviços; e vinculação relações entre profissionais e usuários.

Por fim, ressalta-se a necessidade de incorporação da Política Nacional de Educação Permanente no âmbito da Atenção Primária, como ferramenta de fortalecimento do vínculo citado e na perspectiva do respeito às reais necessidades de saúde com ênfase na integralidade do cuidado.

#### 5 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BERTO, A A F., et al., **Rev. Conexão Eletrônica** – Três Lagoas, MS – Volume 13 – Número 1 – Ano 2016

BEZERRA, R. S.; CARVALHO, E. L. Profissionais de saúde e dispositivos de mediação na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2011. p. 149-160.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização** 2004 [citado 2008 abr 18]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual introdutório das equipes de saúde da família. Salvador:** Pólo de capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família; 2001. [v. 2].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização PNH 2013.** Brasília-DF, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 21 Nov. 2018.

DESLANDES, S. F. Humanização revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: **Deslandes SF, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 33-47 p. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a13.pdf>>. Acesso em 20 Dez. 2018.

FRANCO, T. B. et al. O acolhimento e o processo de trabalho em saúde: o caso Betim Minas Gerais, Brasil. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

LECLAINCHE X. É preciso humanizar o hospital. **Rev Paul Hosp 2002 maio**; 10(5):7-10.

LEVY FM, MATOS PES, TOMITA NE. **Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores de saúde.** *Cad Saude Publica.* 2004;20: 197-203.

LOPES, A. S. Acolhimento prescrito x real: uma análise sobre as relações entre trabalhadores e usuários na Estratégia Saúde da Família. 2014. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

MATUMOTO S, FORTUNA C, MISHIMA S, et al. **Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados.** *Interface – Comunic Saude Educ.* 2005;9:9-24.

MENDES, R. N. S. Humanização & acolhimento: uma revisão sistemática de literatura sobre a assistência no Sistema Único de Saúde. 2010. 40 f. Monografia (Especialização em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

MENDES, L. R.; BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. A leitura mediada como estratégia de cuidado lúdico: contribuição ao campo da enfermagem fundamental. **Esc. Anna Nery**, Rio de

Janeiro, v. 13, n. 3, p. 530-536, set. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452009000300011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452009000300011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 30 jan. 2018.

MIRANDA, C.F.; MIRANDA, M.L. Construindo a relação de ajuda. 10. ed. Belo Horizonte: Crescer, 1996. 261 p.

RECH C. M. F. **Humanização hospitalar: o que pensam os tomadores de decisão a respeito?** São Paulo 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo Recebido em: 30/06/2004 Aprovado em: 14/07/2004.

RIBEIRO C. R. O. **O conceito de pessoa na perspectiva da bioética secular: uma proposta a partir do pensamento de Tristram Engelhardt.** São Paulo, 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo

RIZZOTTO, M. L. F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 55, n. 2, p. 196-199, Fev. 2002 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672002000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672002000200014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 Jan. 2018.

SABOURIN, E. Marcel Mauss: da dádiva à questão da reciprocidade. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 23, n. 66, p. 131-208, 2008.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. 2010. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I66148.E13.T11924.D9AP.pdf> Acesso em: 02 Ago. de 2018.

SCHMIDT, L. B.; FIGUEIREDO, A. C. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. Rev. APS, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008.

SILVA, M. G.; ALVES, M. S. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, 2009.

TRAVERSO, Y.: M; Morais, N. A. (2004). Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. Cad. **Saúde Pública**[artigo].Rio de Janeiro,v.20,n.1,2004. Disponível em: <http://www.uss.br/pages/revistas/revistaprouniversus/artigos/2-Avaliacao-da-qualidade-servicos.pdf> Acesso em: 14 Dez. 2018.

VILAR, R. L. A. Humanização na Estratégia Saúde da Família. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

WEISS GL. **Patient satisfaction with primary medical care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors.** Med Care. 2008;26:383-9.