

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL – UAB**  
**CAMPUS DE PALMEIRA DAS MISSÕES**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO**  
**PÚBLICA EM SAÚDE**

**Vania Gisleine Schmitz**

**ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**Picada Café, RS**  
**2018**

**Vania Gisleine Schmitz**

**ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Artigo apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde (EaD), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Vianna Martins

Picada Café, RS  
2018

**Vania Gisleine Schmitz**

**ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Artigo de conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde (EaD), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM,RS), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.

**Aprovado em 14 de julho de 2018.**

---

**Ricardo Vianna Martins, Dr. (UFSM)**  
(Orientador)

---

**Alice do Carmo Jahn, Dr. (UFSM)**

---

**Ethel Bastos da Silva, Dr. (UFSM)**

Picada Café, RS  
2018

# ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Vania Gisleine Schmitz<sup>1</sup>

Ricardo Vianna Martins<sup>2</sup>

## RESUMO

Entende-se por humanização do Sistema Único de Saúde o conjunto de diretrizes e práticas com o intuito de valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, fomentando a autonomia e o protagonismo. O foco é no estabelecimento de vínculos solidários, transformando as relações de trabalho a partir da comunicação e do contato entre pessoas e grupos.

**Objetivo:** Analisar de que forma as estratégias de humanização vem sendo tecidas no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil, a fim de confirmar se o discurso de humanização se efetiva na práxis profissional. **Método:** Revisão bibliográfica narrativa.

**Resultados:** Diferentes e significativos avanços visam à coesão entre a práxis e a política escrita, abarcando o vínculo e comunicação entre usuários, trabalhadores e gestão, utilização de meios para amenizar o sofrimento que pode estar aliado à condição de saúde do usuário e sua família, criação de espaços lúdicos, planos de educação permanente, entre outros. **Conclusão:** Por meio da fala e da problematização, diferentes experiências se apresentam como agentes transformadores das relações, identificando-se a participação popular nas tomadas de decisões como ponto a ser aprofundado para a efetivação do Método HumanizaSus.

Palavras Chave: Estratégias; Humanização; Sistema Único de Saúde.

## HUMANIZATION STRATEGIES AT UNIC HEALTH SYSTEM

### ABSTRACT

Humanization of the Unic Health System is understood as the set of guidelines and practices with the purpose of valuing the different subjects involved in the process of health production: users, workers and managers, fostering autonomy and protagonism. The focus is on the establishment of solidarity bonds, transforming work relations from communication and contact between people and groups. **Objective:** To analyze how the strategies of humanization have been woven within the scope of the Unified Health System, to confirm if the discourse of humanization becomes effective on professional practice. **Method:** bibliographic narrative review. **Results:** Different and significant advances aim at the cohesion between praxis and written politics, encompassing the link and communication between users, workers and management, use of means to alleviate

---

1 Psicóloga. Graduada pela Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul (RS|2013). Contato: vania89@gmail.com.

2 Psicólogo. Graduado pela PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (RS|1996), graduado em Economia do Desenvolvimento pela PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (RS|1982), mestre em Psicologia Social e da Personalidade PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (RS|1998) e doutor em Psicologia pela PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (RS| 2003). Contato: ricardomartins@pucrs.br

the suffering that can be allied to the health condition of the user and his family, creation of play spaces, permanent education plans, among others. **Conclusion:** Through speech and problematization, a popular participation in decision making was identified as a deepening for the implementation of the HumanizaSus Method.

Keywords: Strategies; Humanization; Health Unic System.

## INTRODUÇÃO

A discussão a respeito da humanização na assistência em saúde vem sendo difundida no âmbito do SUS em resposta à realidade do sistema, onde queixas em relação ao manejo profissional e aos aspectos negativos nos procedimentos adotados são frequentes. Entende-se por humanização o reconhecimento dos diferentes atores sociais envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; busca-se o reconhecimento do protagonismo dos sujeitos, estabelecendo vínculos solidários entre eles, redes de cooperação e participação coletiva. (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS, publicada em 2003, se apresenta como uma possibilidade de mudança, apontando a necessidade da discussão e da modificação da conjuntura onde há desvalorização dos trabalhadores de saúde, precarização das relações de trabalho, baixo investimento em educação permanente, pouca participação da gestão e vínculo frágil com os usuários. Essa mudança no modelo de atenção só é visualizada quando da mudança no modelo de gestão. Assim, entende-se que os princípios de humanização devem fazer parte da filosofia organizacional dos espaços públicos, estando claramente estabelecidos e possíveis de serem efetivados. (BRASIL, 2006; HOGA, 2004).

O conceito de práxis se refere a ações transformadoras onde teoria e prática dissolvem-se em uma relação homogênea. Tal mudança acontece em primeira instância na consciência dos indivíduos, com a interiorização de princípios teóricos que só passam a fazer sentido quando o homem altera a realidade por meio da sua conduta (SANTORUM E CESTARI, 2011). Entende-se, assim, que as estratégias de humanização abrangem não somente mudanças nas práticas, mas envolvem principalmente a dimensão subjetiva inerente às ações em saúde.

Mas o que se entende, afinal, por humanização? A PNH – Política Nacional de Humanização – surge em 2003 e compreende a valorização dos atores envolvidos no processo de produção de saúde, tecendo vínculos entre os mesmos, fortalecendo a autonomia e o protagonismo. A aposta na mudança, trata-se de uma política transversal

que busca modificar o *status quo* por meio da coresponsabilização dos sujeitos, por meio do trabalho em equipe e em rede. O Método HumanizaSus entende que perturbações e inquietações que aparecem nas relações entre os indivíduos constituem o motor para a transformação, entendendo que o conflito possibilita a criação de ideias e de mudanças.

Entre os princípios da PNH estão os conceitos de:

Transversalidade - busca a transformação por meio da comunicação e do contato entre pessoas e grupos, diluindo as relações de poder hierarquizadas na união de saberes.

Indissociabilidade entre atenção e gestão - todos podem e devem participar dos processos de tomada de decisão, buscando conhecer como funcionam os serviços.

Objetiva-se o comprometimento com o próprio cuidado e o do grupo familiar, pensando em comunidade, culminando no protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos.

Diante disso, o escopo central desta pesquisa busca analisar de que forma as estratégias de humanização vem sendo tecidas no âmbito do SUS, a fim de confirmar se o discurso de humanização se efetiva na práxis profissional.

## **MÉTODO**

Visando atingir os objetivos propostos foi realizada uma pesquisa qualitativa, que reúne uma sequência de atividades envolvendo coleta de dados, leitura dos mesmos, interpretação e redação de um relatório (GIL, 2002).

Optou-se pela revisão bibliográfica narrativa, que consiste no aprofundamento em leituras, de maneira crítica, a respeito do tema em estudo a fim de responder a questão norteadora, permitindo a ampla investigação a respeito do problema (GIL, 2002).

Postulou-se traçar parâmetros nacionais a respeito das estratégias de humanização do SUS, tornando viável a escolha por tal método. Foi realizada uma busca de artigos científicos que abordassem o tema “Humanização” e “Sistema Único de Saúde” em bases de dados científicas (SciELO – Scientific Electronic Library Online, Bvs-Psi, Lilacs), além de utilizar o documento base Política Nacional de Humanização – PNH, disponibilizada como política pública que busca a efetivação de ações de humanização tanto na atenção quanto na gestão em saúde no Brasil.

As buscas foram realizadas durante os meses de março e abril de 2018, sendo selecionados 20 artigos publicados entre os anos de 2004 e 2015, que auxiliaram na

compreensão de como vem se dando na prática a humanização em saúde. Realizou-se a leitura flutuante dos achados da literatura, o que proporcionou contato direto e intenso com o material, e por meio desta pré-análise foram formulados pressupostos relacionados ao tema, adequando-os e verificando a pertinência ao objetivo do estudo. Compreende-se que as interpretações realizadas abrem pistas para novas novas dimensões teóricas (MINAYO, 2007).

Após a análise e interpretação de acordo com a similaridade de conteúdos, emergiram os seguintes temas: comunicação e fortalecimento de vínculos, valorização do profissional de saúde, educação permanente, o uso da ludicidade e criação de espaços recreativos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A qualidade do acolhimento em saúde desponta como uma das principais estratégias da Política Nacional de Humanização, referindo-se à empatia e à sensibilidade que estão implicadas em uma escuta qualificada, sendo priorizada a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre usuários e trabalhadores. Porém, a humanização de que se fala não se limita ao bom trato interpessoal: a política sugere que sejam organizados colegiados gestores, mesas de negociação, contratos internos de gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta, entre outros, como maneiras de consolidar a cogestão. Os grupos presentes nessa tríplice relação facilitariam a união entre trabalhadores, gestão e usuários, que coletivamente trabalham em prol de um bem comum: a saúde. (BRASIL, 2006).

Falar em humanização é falar em saúde mental, tendo em vista a ideia de sofrimento intrínseca à origem latina do termo “Trabalho”, que deriva de *Tripalium*: um instrumento de três pontas de ferro utilizado na agricultura da antiguidade. Associado a um objeto de tortura, o trabalho se compara ao sofrimento, podendo representar ao homem fonte de prazer, mas também de angústia. Quando o trabalho não constitui um espaço de realização pessoal e não proporciona vivências positivas, pode se tornar um fator de risco à saúde física e psicológica do trabalhador (SILVA E BUENO, 2015). Estando diante de um ambiente em que as relações humanizadas são valorizadas, espera-se que o resultado seja uma atmosfera de cuidado.

Levando em consideração o contexto de trabalho permeado pela enfermidade e as mobilizações que ela provoca, o artigo de Diniz (2005), traz diferentes formas de pensar a humanização, com a ideia de que o termo amenizaria o cunho acusatório a respeito das práticas carentes de sensibilidade, sendo uma maneira de abordar o tema da violência institucional por meio do diálogo com os profissionais, sem utilizar tom de denúncia. Dentre os princípios que norteiam essas práticas está a proposta de não interferir sobre o processo natural do parto, intervindo somente em casos onde haja uma razão válida para tanto, comumente apenas quando envolve questões de segurança para mãe ou para o bebê. Prevê também a humanização por meio da preservação vaginal e o direito ao alívio da dor, no que se refere à analgesia de parto, considerando tarefa primordial do médico que trabalha com humanização, a sedação da dor.

Para Rolim (2006), humanizar é civilizar, resgatando a importância dos aspectos emocionais, amenizando o sofrimento, sendo o encontro entre profissional e paciente um momento que pressupõe escuta, olhar, contato claro, aberto e amoroso. O fortalecimento da equipe é apontado como essencial, denotando a importância de sensibilizar e capacitar o grupo para que haja reflexão a respeito do cuidado.

No estudo de Caetano et al. (2007), foi observada a mecanicidade nas ações dos profissionais de saúde, onde compreende-se que deveria haver espaço para o cuidar, a afetividade e atitudes visando o favorecimento das potencialidades para manter ou melhorar a condição em que se encontram. Foram identificadas pelos trabalhadores três categorias que abrangem a ideia de humanização: a) conforto emocional: oferecer atenção, cortesia, delicadeza, prontidão, comunicação; b) conforto físico: minimizar as dores, posicionamento adequado, higienização, evitar desconforto nos procedimentos; c) compromisso profissional: aproximação entre o discurso e a prática de humanização, baseada na prudência, dedicação, lealdade, confiança, humildade, esperança e ética.

Nesse sentido, em um dos primeiros estudos sobre o tema humanização, Hoga (2004) aborda a questão do vínculo entre profissional e paciente, sugerindo que sejam criadas estratégias para que se tenha conhecimento a respeito da realidade desse indivíduo, sendo uma delas saber identificá-lo – e a seus acompanhantes – pelos nomes.

O artigo aborda essencialmente o fator humano, destacando a importância do autoconhecimento do profissional de saúde em relação a si mesmo, para que esteja ciente de suas fragilidades, limitações, assim como de suas potencialidades. Entende-se como desejável nesse profissional tolerância quanto aos próprios limites, assumindo a possibilidade do erro – tanto em relação a si mesmo quanto ao outro – para que assim



possa estabelecer relacionamentos interpessoais adequados. Hoga (2004) afirma que é importante ter claro que alguns precisarão trabalhar as questões psicológicas para que esse processo de autoconhecimento se concretize. Compreende também que o encontro entre usuário e trabalhador faz parte do processo terapêutico, podendo favorecê-lo:

“Ao realizar um procedimento, se o profissional estiver preocupado em executá-lo de forma menos dolorosa, sua mente estará concentrada e imbuída desta intenção. Este comando mental fará com que suas mãos se tornem mais relaxadas e, desse modo, conseguirá concluir o procedimento de forma mais suave e menos dolorosa para o paciente. A mesma lógica é aplicável a todas as ações relativas ao cuidado, seja esta da esfera física ou psíquica.” (HOGA, 2004, p.18)

Assim, quando há necessidade de realizar alguma ação, a orientação a ser seguido é de informar o paciente previamente sobre a intensidade da dor ou desconforto, em seguida adotar alguma abordagem verbal ou corporal que prepare para o procedimento, com o intuito de diminuir a contração muscular e a fragilidade emocional. Após a realização, encerrar o contato de maneira harmonizada.

Os serviços de saúde mental também aderem à lógica da humanização, relacionando-a diretamente à desinstitucionalização, à luta antimanicomial, priorizando as relações entre profissionais, usuários e familiares, visando um espaço acolhedor e subjetivante, combatendo a homogeneidade, o anonimato e a invisibilidade dos usuários. Espera-se que o profissional comprometa-se, esteja implicado em seu fazer, seja sensível e saiba respeitar a cultura e a subjetividade dos sujeitos que a ele se apresentam (DIMENSTEIN, 2004). Esse é um exemplo de estratégia que busca compreender as relações como um todo, indo para além da ideia de ‘ensinar o profissional a ser humanizado’.

O texto de Bernardes e Guareschi (2007) discute o conceito de prática-discursiva, sugerindo que o discurso produz subjetividade e modifica o fazer, sendo que a política pública de humanização abre a discussão e modifica as condições em que a prática acontece, estabelecendo as regras sociais que devem permear as relações entre os sujeitos sociais. Reforça a importância da educação permanente, da reflexão, para que o fazer não se limite a aplicação de técnicas e esteja em consonância com a dinâmica social. É evidenciada a responsabilização do cidadão como gestor dos cuidados da sua própria saúde e de sua comunidade, por meio da equalização entre gestores, trabalhadores e usuários.

Nesse mesmo sentido, Souza e Moreira (2008) apontam que a humanização vem para modificar as relações, para que o outro possa ser reconhecido como indivíduo, valorizando não somente o saber do “doutor”, ou seja, daquele que detém o conhecimento científico, mas também o saber do paciente que ali se encontra, reconhecendo sua história e seu modo de vida. A ideia é melhorar a qualidade dos serviços, e os autores alertam para a possibilidade do discurso humanizado acarretar numa prática vazia de sentido, tornando-se uma “grife”, uma maneira de promover as instituições. Para que não se caia nisso, o real sentido de humanizar deve envolver a construção de relações horizontais entre os sujeitos, possibilitando a coresponsabilização no cuidado em saúde, envolvendo o paciente de maneira que favoreça o desenvolvimento da autonomia e cidadania.

O artigo adverte ainda sobre a importância de proporcionar condições favoráveis aos trabalhadores, visto que muitas vezes os salários são baixos, há falta de recursos humanos e materiais, alta carga de estresse, dupla ou tripla jornada de trabalho, entre outros. Assim, só é possível falar em humanização do cuidado ao paciente quando há humanização em relação à saúde do trabalhador. Novamente é reforçada a importância da educação permanente, buscando a qualificação constante e a atenção ao desenvolvimento profissional e pessoal da equipe (SOUZA E MOREIRA, 2008).

O termo “humanismo” reflete a ideia de dignidade humana, sendo que toda iniciativa que visa à preservação da integridade pode ser considerada como uma prática de humanização. Mais uma vez aparece a carga física e emocional na qual o trabalhador da saúde se vê enredado, o que se torna um obstáculo às relações no ambiente de trabalho:

“Geralmente empreendem-se esforços no sentido de propor iniciativas de “humanização” que visam exclusivamente transformar a assistência e as práticas de cuidar em UTI, perseguindo a valorização da “qualidade” do cuidado do ponto de vista técnico e do conforto, associada ao reconhecimento dos direitos do cliente, de sua subjetividade e referências culturais, a valorização do profissional e do cliente, além do diálogo intra e interequipes.” (SILVA, PORTO E FIGUEIREDO, 2008, p. 158).

Uma das estratégias significativas no cuidado com o paciente hospitalizado seria a promoção de espaços para o reconhecimento de medos, inseguranças, preocupações, necessidades, angústias e incertezas das pessoas, permitindo a expressão do que sentem, percebem e pensam sobre sua condição. Essa acolhida tornaria o ambiente mais seguro, minimizando a tensão inerente à hospitalização. Morais et al. (2009) sugerem a utilização de linguagem acessível, valorização da escuta atenta, expressão de confiança por meio de um sorriso, um olhar que expresse tranquilidade, um toque afetuoso de

conforto e apoio, palavras de ânimo que auxiliem na manutenção da auto estima do paciente. Faz parte desse processo reconhecê-lo também como coparticipante na reabilitação, ouvindo suas opiniões e permitindo que participe do processo de tomada de decisão sobre o que deseja para si, seu corpo e sua saúde. Nesse sentido, a comunicação é um instrumento de humanização do cuidado, uma forma de esclarecer dúvidas sobre o tratamento, exames, diagnósticos e procedimentos, diminuindo a ansiedade do indivíduo e da família.

Através de uma pesquisa bibliográfica, Casate e Correa (2012) e Garcia et al. (2012), encontraram alguns conceitos básicos que assegurariam a efetividade do trabalho humanizado, mais uma vez falando sobre o respeito aos indivíduos, o acolhimento, a empatia, a escuta, o diálogo, considerando o significado atribuído pelo paciente à sua condição de adoecimento e sofrimento, promovendo espaços de comunicação e diálogo. Esses movimentos agiram no sentido de transformar a cultura de violência que se apresenta em muitas instituições de saúde, e para isso a valorização do profissional é condição essencial: para que o profissional se apresente de maneira humanizada, também precisa ser tratado com respeito, também precisa ser escutado, o que abarca as práticas de gestão. É focado o desafio de apresentar desde os cursos de graduação a Política Nacional de Humanização, seus referenciais filosóficos, refletindo sobre as atitudes profissionais desejadas no contexto da saúde.

Zombini et al. (2012) elencam diversas ações implementadas no âmbito hospitalar com o intuito de atenuar os efeitos negativos da internação, garantindo o respeito e a cidadania da pessoa hospitalizada:

“Organização de grupos de discussão de problemas do dia a dia hospitalar, com a participação de profissionais da equipe da saúde e dos usuários; criação de ouvidorias visando dar voz ao usuário para reivindicação de melhorias do serviço e garantir os seus direitos; estímulo às equipes de saúde para informar sobre os vários aspectos da enfermidade, do tratamento ao prognóstico; reforço à família e aos acompanhantes para que possam participar ativamente na recuperação do paciente; prolongamento do horário de visitas; direito de acompanhamento familiar de doentes idosos e crianças; incentivo ao lazer, por meio de brinquedotecas e da presença de contadores de história; e terapia por meio de música, artistas, palhaços e animais.” (pg. 72)

Outra estratégia apresentada pelos autores é a de criar espaços pedagógicos para que as crianças possam dar continuidade ao desenvolvimento cognitivo e educacional, mesmo diante da condição de enfermidade, e percebe-se a redução da ansiedade, do medo e da desconfiança nos pacientes aos quais é oportunizado esse ambiente.

Na mesma linha, Duarte e Noro (2010) destacam a relevância do toque, da conversa, da escuta ao ser humano que se apresenta diante do profissional, o que depende da concepção do mesmo frente ao conceito de humanização e de seu comprometimento. O esperado é que o paciente seja compreendido em sua totalidade, sendo respeitado e enxergando-o como um indivíduo que faz parte de uma família, um contexto, ou seja, tem uma função na sociedade.

Destaca-se a utilização do brinquedo no caso de hospitalização infantil, que vem a auxiliar na canalização das emoções que podem surgir, como o medo, angústia, saudade de casa, tensão, entre outros. O artigo aponta ainda a necessidade da união da equipe multidisciplinar, discutindo e acordando sobre as maneiras de aprimorar o cuidado, sendo de extrema importância o vínculo e o bom relacionamento entre as pessoas que fazem parte da instituição (DUARTE E NORO, 2010).

Intervenções aliadas à arte, à recreação, ao lazer e ao humor são apresentadas por Esteves, Antunes e Caires (2014) como formas de promoção da livre expressão no contexto pediátrico, compreendendo a atuação dos palhaços de hospital como potencializadores da autonomia, criatividade, exploração e conhecimento do mundo, culminando no desenvolvimento psicossocial. A intervenção do palhaço é entendida como agente facilitador das relações humanas, favorecendo a comunicação e a aceitação dos tratamentos e hospitalização. A fim de amenizar o impacto ao ambiente apático do contexto hospitalar, o artigo apresenta medidas internas incitadas pelo movimento de humanização pediátrica como a presença de um acompanhante, fortalecimento dos pais para o cuidado da criança, possibilidade de receber visitas, apostando na decoração dos espaços e na ludicidade – como a criação de brinquedotecas e instalação de computadores para uso dos pacientes. Com o intuito de promover o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida, tais ações se mostram como efetivas no zelo pela criança hospitalizada.

Em contraposição ao conceito básico de respeito e empatia, Garcia et al. (2012) debatem sobre o “conceito-experiência”, que vai além do bom tratamento ao usuário, citando outras ideias como a participação popular no SUS, corresponsabilização (gestão/profissionais/pacientes), inclusão, controle social, ética, não-violência, não-discriminação, acolhimento resolutivo, melhores condições de trabalho, aliando o uso de alta tecnologia ao cuidado e bom relacionamento entre as pessoas. Mais uma vez é ressaltada a importância do bem estar do profissional, para que esteja desperto nele o desejo e o prazer de cuidar.

Corresponsabilização e estreitamento de vínculos também aparecem no artigo de Junges et al. (2011), considerando que a humanização dependeria dos princípios e valores interiorizados pelos profissionais, abordando os conceitos de ética e moral.

Retomando o documento oficial do Ministério da Saúde, Freitas et al. (2013) discorrem sobre as práticas centrais da política pública de humanização, com vistas ao acesso universal à informação e defesa dos direitos do usuário, citando entre essas práticas a redução das filas e do tempo de espera por meio de atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco, além do conhecimento a respeito da rede de apoio do usuário e da educação permanente para os profissionais. Dentre as diretrizes que norteiam o processo encontra-se a ideia de clínica ampliada, que trabalha os danos e os benefícios gerados pelas práticas em saúde. Compreende-se que a escuta atenta, interessada e qualificada promove a vinculação entre os atores sociais que fazem parte do processo, podendo interferir positivamente no processo de recuperação.

Nesse sentido, Freitas et al. (2013) discorrem sobre o conceito de *Nightingale*, que refere o ambiente que se espera proporcionar aos sujeitos que buscam os serviços de saúde, compreendendo que as condições externas influenciam no estado de saúde do usuário. Além da garantia ao sigilo e o respeito às individualidades, a discussão se amplia para o espaço físico, incluindo a importância da iluminação e ventilação adequada, eliminação de ruídos e odores, cuidado com o fluxo de pessoas, utilização de roupas e utensílios limpos, entre outros. Esse cuidado reduziria o estresse inerente a situação de enfermidade, favorecendo a continuidade de busca pelo serviço de referência. É salientada ainda a importância das boas relações com a família do usuário, oportunizando também a ela espaços de escuta, sendo desejáveis ambientes de sala de espera confortáveis, horários de visita flexíveis, com vistas a facilitar a estadia do acompanhante e visitantes, compreendendo que a aproximação da família e amigos faz com que o paciente internado ou em tratamento não sinta aquele ambiente como algo a parte, alheio à vida social que mantêm para além dos muros do hospital (FREITAS et al., 2013).

Rios e Batistela (2012) descrevem a estratégia de educação continuada utilizada pelo Grupo de Trabalho de Humanização realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde profissionais simpatizantes à causa envolveram-se e empreenderam ações como a criação do Comitê Humaniza HC e posteriormente o Grupo de Trabalho de Humanização Coordenação, desembocando finalmente na rede como um todo. Foram aplicados avaliadores organizacionais como relatórios da ouvidoria, pesquisa de satisfação dos usuários. Após a identificação de

problemas e conflitos, o GTH estratégico promoveria espaços de diálogo e discussão, em vista de soluções. Esse tipo de trabalho é referência para as práticas organizacionais, visto que a política foi efetivamente integrada de maneira sólida aos princípios institucionais.

Como estratégia de educação continuada, Cotta et al. (2013) trazem o exemplo da Unidade Básica de Saúde da Universidade Federal de Viçosa, que proporcionou aos funcionários o aprofundamento por meio do curso de capacitação “Debates Atuais em Humanização e Saúde: Quem Somos Nós?”. Neste projeto, não só a melhoria no cuidado ao usuário foi objetivo almejado, mas também a melhoria no ambiente de trabalho, o que atinge questões sociais, afetivas, físicas e técnicas. Utilizando-se da problematização como metodologia de ensino-aprendizagem, o curso mostrou-se como um estímulo à discussão, à grupalidade e à análise crítica sobre o tema, compreendendo que “a escuta, o acolhimento, a negociação, a interpretação de histórias e a aprendizagem com a experiência do outro constituem-se em pontos cruciais para o desenvolvimento de um serviço humanizado” (p. 176). O contato visual com o usuário representou um dos pontos relevantes do debate, referindo-se ao “olhar nos olhos do paciente”, uma forma de reconhecer o indivíduo que ali se apresenta.

O “Curso de formação em humanização para a atenção e gestão em saúde: construindo redes de produção de saúde”, proposta de educação continuada realizada em parceria pelo Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo em 2009, capacitou 130 trabalhadores da rede estadual para atuarem como multiplicadores da política de humanização. As reflexões tecidas apontam para a potência das equipes, no sentido de ampliar o poder de decisão e autonomia da classe trabalhadora ao organizar-se coletivamente. Almejou-se com essa estratégia a transformação efetiva por meio de um espaço de discussão, contestando a superficialidade da reprodução de palavras bonitas, entendendo que a “humanização está para muito além de pintar parede e ser simpático” (MORSCHER E BARROS, 2014, p. 936), concebendo a análise dos processos de trabalho imprescindível para o humanizar.

Experiência semelhante aparece no estudo de Verdi et al. (2014), que trazem o exemplo do estado de Santa Catarina, onde a Secretaria da Saúde, juntamente com a Escola de Saúde Pública e a Universidade Federal, desenvolveu em um curso de aperfeiçoamento visando formar 60 apoiadores institucionais para a efetivação da PNH. Após avaliação, obtida por meio de questionário, percebeu-se como resultado principal o aumento da comunicação, sendo o diálogo entre os trabalhadores indispensável para a

eficácia da política, o que exige engajamento individual e coletivo no desenvolvimento de atitudes, princípios e valores nas ações cotidianas.

## **CONCLUSÃO**

Como instrumento de investigação a respeito do alinhamento das práticas humanizadas do SUS após a publicação da Política Nacional de Humanização, em 2003, esta pesquisa permitiu verificar avanços no modo de pensar e fazer saúde, compreendendo as relações de maneira integral. Isso significa humanizar o ambiente público visando não só o bem estar do paciente, mas também da equipe e da gestão, por meio de relações de trabalho harmonizadas.

Muito se fala em aproximação entre as pessoas, no estreitamento de vínculos, primando pelo contato com o indivíduo e sua família na criação de espaços de comunicação. Além disso, questões de ordem prática com vistas ao alívio da dor, esclarecimentos sobre os procedimentos e condições do paciente, iluminação e higiene adequadas, diminuição de tempo de espera, flexibilização do acompanhamento familiar, o uso da ludicidade e a criação de brinquedotecas são exemplos de ações que fazem parte das estratégias de humanização.

Com a compreensão de que o novo nasce por meio do discurso, destacam-se os métodos de educação permanente como dispositivos em direção à mudança. Por meio da fala e da problematização, diferentes experiências se apresentam como agentes transformadores das relações, no sentido de sensibilizar o profissional que, quando solitário e intrincado ao fazer técnico de todos os dias, pouco tempo encontra para refletir sobre sua atuação. Os momentos de formação emergem como uma perspectiva de mudança, dando ênfase à construção coletiva.

Levando em consideração que toda transição exige tempo e requer um processo contínuo de análise, assimilação e acomodação de novas ideias, conclui-se que há diferentes e significativos avanços que visam à coesão entre a práxis e a política escrita. A participação popular nas tomadas de decisões, no entanto, é pouco mencionada, representando um ponto a ser aprofundado para a efetivação do Método HumanizaSus.

## **REFERÊNCIAS**

BERNARDES, Anita Guazzelli; GUARESCHI, Neuza. *Estratégias de produção de si e a humanização no SUS*. Psicologia ciência e profissão, Brasília, v. 27, n. 3, p. 462-475, set. 2007.

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* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 52 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_base.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf). Acesso em 06/04/2018.

CAETANO, Joselany Áfio et al . *Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo*. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 11, n. 2, p. 325-330, jun. 2007.

CASATE, Juliana Cristina; CORREA, Adriana Katia. *A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação*. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 219-226, fev. 2012.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al . *Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós?*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 171-179, jan. 2013.

DIMENSTEIN, Magda. *A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência*. Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 24, n. 4, p. 112-117, dez. 2004 .

DIMENSTEIN, Magda. *A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência*. Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 24, n. 4, p. 112-117, dez. 2004.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 627-637, set. 2005.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; NORO, Adelita. *Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem*. Rev. Gaúcha Enferm. (Online), Porto Alegre , v. 31, n. 4, p. 685-692, dec. 2010.

ESTEVES, Carla Hiolanda; ANTUNES, Conceição; CAIRES, Susana. *Humanização em contexto pediátrico: o papel dos palhaços na melhoria do ambiente vivido pela criança hospitalizada*. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 18, n. 51, p. 697-708, dez. 2014.

FREITAS, F. D. S; SILVA, R. N; ARAUJO, F. P; FERREIRA, M. A. *Ambiente e humanização: retomada do discurso de nightingale na política nacional de humanização*. Esc. Anna Nery [online], vol.17, n.4, pp. 654-660, 2013.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo, Atlas, 2002.

HOGA, Luiza Akiko Komura. *A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão*. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 13-20, mar. 2004 .



- JUNGES, José Roque et al. *A visão de moral dos profissionais de uma unidade básica de saúde e a humanização*. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 15, n. 38, p. 755-764, 2011.
- MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.
- MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega et al. *Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado*. Acta paul. enferm, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 323-327, jun. 2009.
- MORSCHER, Aline; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. *Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde*. Saude soc., São Paulo, v. 23, n. 3, p. 928-941, 2014.
- RIOS, Izabel Cristina; BATTISTELLA, Linamara Rizzo. *Gestão da humanização das práticas de saúde: o caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. Saude soc., São Paulo, v. 22, n. 3, p. 853-865, 2013.
- ROLIM, K. M. C; CARDOSO, M. V.L. M. L. *O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada*. Revista Latino-americana Enfermagem, São Paulo, v.14, n.1, p. 85-92, jan-fev 2006.
- SANTORUM, Acosta; CESTARI, Elisabeth. *A educação popular na práxis da formação para o SUS*. Trabalho, Educação e Saúde, v. 9, n. 2, p. 223-240, 2011.
- SILVA, R. C. L.; PORTO, I. S.; FIGUEIREDO, N. M. A. *Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva*. Esc. Anna Nery Rev. Enferm, v.12, n. 1, p. 156-159, mar. 2008.
- SILVA, R.B.; BUENO, H. P.V. *A saúde mental e os principais motivos de afastamento do servidor público brasileiro*. Trabalho de conclusão do curso de pós-graduação lato sensu à distância em Saúde Mental pela UCDB/Portal Educação. Campo Grande, 2015.
- SOUZA, Waldir da Silva; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. *A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate*. Interface, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 327-338, jun. 2008.
- VERDI, Marta; FINKLER, Mirelle; MATIAS, Maria Claudia Souza. *A dimensão ético-estético-política da Humanização do SUS: estudo avaliativo da formação de apoiadores de Santa Catarina (2012-2014)*. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 24, n. 3, p. 363-372, set. 2015.
- ZOMBINI, Edson Vanderlei et al. *Classe hospitalar: a articulação da saúde e educação como expressão da política de humanização do SUS*. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 71-86, 2012.