

CONTEXTUALIZANDO UMA ABORDAGEM SOBRE O MODO HUMANIZADO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE: O CASO DO MUNICÍPIO DE DORMENTES/PE

Maria do Rosário Helena de Macedo Coelho

WÂNIA JAGUARACY DE SENA MEDRADO
(Orientadora)¹

RESUMO: O presente artigo busca contextualizar a partir das análises das percepções dos usuários e gestores da rede pública de saúde, do município de Dormentes/PE, no tocante a humanização do atendimento. Ressalta-se que os debates sobre a humanização têm sido frequentes e motivo de construção de um documento intitulado “Política Nacional de Humanização”, que é formatado em 2003. Nisso, compreender os diferentes pontos de vista dos atores que se envolvem no sistema de saúde é necessário e se faz significativa nesta pesquisa dada a importância do tema para a adoção de políticas que visem à referida prática. A coleta de dados foi realizada através de pesquisa documental e entrevistas semiestruturada. Para a interpretação dos dados o estudo apoiou-se na técnica de Análise do Discurso, sendo que a operacionalização da análise dos textos serviu como norteador do debate. Os resultados são apresentados contextualizando as respostas dos diferentes investigados, sendo que nas considerações finais apontam-se as observações relativas às condições mínimas necessárias para que se consiga garantir aos usuários/cidadãos no *locus da pesquisa*, direitos básicos².

Palavras-Chave: Contextualização. Saúde da Família. Humanização. SUS.

ABSTRACT: This article seeks to contextualize from the analysis of the perceptions of users and managers of the public health network, in the municipality of Dormentes/PE, regarding the humanization of care. It is noteworthy that the debates about humanization have been frequent and reason for building a document entitled "National Humanization Policy", which is formatted in 2003. In this, to understand the different points of view of the actors that are involved in the health system is necessary and significant in this research given the importance of the theme for the adoption of policies aimed at the said practice. Data collection was done through documentary research and semistructured interviews. For the interpretation of the data the study was based on the Discourse Analysis technique, and the operationalization of the analysis of the texts served as the guiding principle of the debate. The results are presented contextualizing the answers of the different investigated, and the final considerations are the observations regarding the minimum conditions necessary to ensure that users / citizens at the base of the research, basic rights.

Keywords: Contextualization. Family Health. Humanization. SUS.

¹ Advogada e Professora do Colegiado de Direito da FACAPE; E-mail: waniamedrado@yahoo.com.br.

² Trabalho de Conclusão do Curso de Direito apresentado ao Colegiado de Direito, da Faculdade de Ciências Aplicadas e Sociais de Petrolina – FACAPE, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharela em Direito, em 2018.

Sumário: 1. Introdução – 2. O Sistema Único de Saúde; 3. A Humanização enquanto Política Pública; 4. Gestão Humanizada em Saúde; 5. Material e Métodos; 5.1. Sujeitos da Pesquisa; 5.2. O *lócus* da Pesquisa; 6. Resultados e Discussão; 7. Considerações finais.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) carrega no seu cerne os princípios e diretrizes daquilo que poderia ser a grande política de humanização da assistência à saúde no país, garantindo acesso universal, gratuito e integral, retirando o caráter de mendicância e transformando a saúde em direito (RIZZOTO, 2002).

A Lei Orgânica nº 8.080/1990, regulamentadora do Sistema Único de Saúde (SUS), trouxe uma série de medidas que visavam à organização dos serviços e mudanças no modelo assistencial que vigorava. A principal porta de entrada para estes serviços passou a ser a atual Estratégia de Saúde da Família, que confere reforços à Atenção Primária à Saúde e propõe a substituição da centralização e fragmentação da saúde pela universalização e descentralização. (HEIMANN et al., 2011).

A despeito da concretização de alguns acontecimentos no âmbito da saúde congruentes aos princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS ainda enfrenta uma série de problemas, conforme aponta (BRASIL, 2010a), destacando-se algumas necessidades, como: a) Qualificar o sistema de cogestão do SUS; b) Criar um sistema de saúde em rede, centrado no sujeito levando em conta suas diversidades cultural, econômica e social, que supere o isolamento dos serviços em níveis de atenção; c) Fortalecer e qualificar a atenção primária; d) Garantir recursos suficientes para o financiamento do SUS; e) Implantar diretrizes do acolhimento e da clínica ampliada; f) Fomentar estratégias de valorização do trabalhador e g) Incorporar de forma efetiva nas práticas de gestão e de atenção os direitos dos usuários da saúde. Todos esses problemas indicam a distância da proposta humanizada do SUS e a realidade de saúde no país.

Humanização é uma expressão de difícil conceituação, tendo em vista seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Inserida no contexto da saúde, a humanização, muito mais que qualidade clínica dos profissionais, exige qualidade de

comportamento. Deste modo, é possível dizer que humanização é um processo que se encontra em constante transformação e que sofre influências do contexto em que ocorre, só sendo promovida e submetida pelo próprio homem (SIMÕES et al., 2007).

De acordo com Fortes (2004), a humanização está relacionada 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 expressa pelo caráter e qualidade da atenção, levando em conta interesses, desejos e necessidades dos atores sociais implicados nesta área.

A sistematização de ideias com foco na humanização pode ser identificada na literatura brasileira desde meados do século XX, conforme observa Conceição (2009). Ainda na década de 1950, a Declaração Universal dos Direitos Humanos e outros movimentos direcionados para a defesa do parto humanizado e à luta antimanicomial já evidenciavam a necessidade de humanização, ainda que de modo secundário.

De acordo com Luz (1991), o movimento de Reforma Sanitária contribuiu decisivamente com a ampliação das discussões sobre humanização. As reivindicações, conduzidas por diversos setores da sociedade civil, abordavam a necessidade de criação de um sistema que abrangesse toda a população, com a oferta de serviços de qualidade e que se desviassem do modelo “hospitalocêntrico”, culminando, inclusive, na criação do Sistema único de Saúde.

Neste contexto, a ampliação dos debates passou a se intensificar no final do século XX e início do século XXI, que conforme observa Conceição (2009), sendo este o período de implantação de ações isoladas que contribuíram para a expansão do termo, como a criação do Hospital Amigo da Criança, Humanização nas UTI's Neonatais, Norma de atenção humanizada de recém-nascido de baixo peso (Método Canguru, Parto Humanizado, entre outras iniciativas). No ano 2000 foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que propôs mudanças nos padrões de assistência aos usuários no ambiente hospitalar e em 2003, com a nova gestão do Ministério da Saúde, foi iniciada uma proposta que expandisse a humanização para além do ambiente hospitalar, chamada de Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS ou Humaniza/SUS, segundo (PESSINI et al., 2003).

A PNH se propõe a melhorar a qualidade da resposta assistencial e gerencial de todo o sistema de saúde e que configura projeto em construção, entendendo a humanização como uma transformação cultural. A política institucionalizada, conforme (BRASIL, 2010b) preza pela indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Neste sentido, (BENEVIDES e PASSOS, 2005) dirão que a PNH surge como proposta de mudar os modelos de atenção e gestão na saúde, reavaliando as práticas predominantes e direcionando o processo de produção de saúde para os usuários, garantindo os seus direitos.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a Política Nacional de Humanização (PNH) engloba a proposta de estímulo da comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários do sistema de saúde, de modo que tais grupos atuem de forma integrada no que concerne aos processos de saúde, tendo como consequência um atendimento humanizado que preconize o compartilhamento de planos de ação para a promoção e disseminação de inovações no modo de se fazer saúde. Em suma, observa Teixeira (2005), “o desafio da humanização diz respeito à possibilidade de se constituir uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da importância do diálogo”.

Nesta perspectiva, Vieira (2009) ressalta que a gestão constitui um dos pilares de organização deste sistema, uma vez que possibilita a realização de planejamento, adoção de estratégias, além dos processos de avaliação, reavaliação, reajuste e monitoração das atividades realizadas. Compete ainda dizer que a promoção de saúde deve se adequar às mais diferentes camadas e realidades sociais, uma vez que o indivíduo não deve ser visto de forma isolada do seu ambiente e contexto social, fato que prevê a adoção de medidas que se apliquem a cada realidade vivenciada.

Ante tantas expectativas tem-se o confronto com as práticas, como observa (CECCIM e MERHY, 2009), pois quando se analisa o atendimento aos usuários nos estabelecimentos de saúde, percebe-se a ausência de interação entre os sujeitos envolvidos, constituindo em um encontro frio, tecnicista, excessivamente objetivo, centrada em procedimentos, orientado pelo paradigma biológico, no qual as

pessoas são tomadas por objetos, por um diagnóstico de doença, por um histórico de queixas, entre outras condições que fogem da proposta original.

Portanto, o presente estudo tem como pressuposto que a política de humanização implantada no município de Dormentes/PE é incipiente e fragmentada, tendo dificuldade de se firmar como uma política de estado. Nisso, o foco da pesquisa dirigir-se a política de humanização na estratégia de gestão da assistência em saúde, tomando como caso um modo humanizado de Intervenção.

Algumas questões norteadoras surgiram para orientar as observações in loco, necessitando esclarecimentos, o que aconteceu nas visitas à campo. São elas: Como ocorreu o processo de implementação da política de humanização na estratégia de gestão da saúde da população no município de Dormentes, com enfoque nas intervenções em saúde? Qual a percepção dos atores sociais (gestores, trabalhadores em saúde e usuários) acerca da implementação da política de humanização na gestão em saúde? Quais as potencialidades, fragilidades e perspectivas da política de humanização na gestão da assistência à saúde?

Ao responder os dilemas acima mencionados, apontamos então a presente pesquisa como relevante para mudanças em face aos princípios norteadores do SUS e da PNH, dentro da municipalidade, uma vez que se torna necessária a reorganização do sistema de saúde para que a população tenha seu atendimento devidamente adequado e também para que as suas necessidades, em saúde, sejam atendidas.

Para conceituarmos a referida pesquisa, seguimos o horizonte dos objetivos propostos, sendo que, como **Objetivo Geral** queríamos analisar o processo de implementação da política de humanização na gestão em saúde em Dormentes/PE com enfoque nas intervenções em saúde.

Para chegarmos a norte do referido objetivo geral, delimitamos dois **Objetivos Específicos**: 1) Entender as percepções dos atores sociais (gestores e usuários do sistema de saúde) sobre a implementação da política de humanização na estratégia de gestão da saúde da população no município em estudo; e 2) Identificar potencialidades, fragilidades e perspectivas da política de humanização na estratégia de gestão da saúde da população em tela à luz das principais diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A criação do SUS se deu com a Constituição Federal de 1988, tendo sido regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990. Tal dispositivo surge a partir da necessidade de minimização das desigualdades relacionadas ao setor de assistência à saúde, que não abrangia a população de forma hegemônica, assim como das lutas em favor da democratização nacional, conforme aponta (TRACERA et al 2017). O SUS passa a ofertar obrigatoriedade e gratuidade no que concerne ao atendimento público e gratuito para qualquer cidadão, tornando proibidas cobranças em dinheiro em quaisquer hipóteses. Neste sentido, passa a funcionar com recursos arrecadados através de impostos, e a ser gerido pelas três esferas do poder público.

Conforme afirmam Tocci e Costa (2014), anteriormente à implantação do SUS, isto é, até a década de 1980, apenas trabalhadores contribuintes da Previdência Social poderiam ser atendidos pelo sistema de saúde vigente, o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Neste sentido, os atendimentos médicos, em sua maioria, eram realizados através da iniciativa privada, por meio de convênios. Os segmentos da população que não possuíam acesso a tais benefícios eram atendidos, quando possível, por organizações filantrópicas.

O SUS surge como um desafio para a gestão nos serviços de saúde, uma vez que era necessária a adequação deste novo sistema às demandas da sociedade. Corroborando com os pensamentos de (TRACERA et al, 2017), o processo de descentralização representa possibilidades e desafios, que devem ser encarados, a partir das três esferas de poder, de modo solidário. É importante destacar que tal modelo de descentralização deve considerar a multiplicidade de contextos pelos quais os mais diversos municípios brasileiros atravessam fator que indica a importância de que cada um deles seja atendido de acordo com as suas demandas específicas.

Neste sentido, a Lei 8.080/90 traduz o SUS como um conjunto de ações e serviços de saúde pertencentes à Administração Direta e Indireta e das fundações subsidiadas pelo Poder Público, que devem ser prestados por órgãos públicos e instituições públicas federais, estaduais e municipais.

Para (TRACERA et al, 2017) um dos principais avanços deste sistema em relação aos modelos anteriores é que o SUS passa a reconhecer a associação entre diversos determinantes sociais, como a má distribuição de renda, precariedade dos serviços de saneamento básico, baixa escolaridade, condições precárias de habitação, desemprego etc. e a saúde dos indivíduos. Assim, tais estratégias passam a servir para a elaboração de políticas públicas que visem a redução destes problemas.

De acordo com o Artigo 200, da Constituição Federal de 1988, são competências e atribuições do Sistema Único de Saúde:

Art. 200...

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

De acordo com (BRASIL, 2011), o SUS atua a partir de alguns princípios norteadores: universalidade, integralidade e a equidade da atenção à saúde. Ainda de acordo com o documento que dispõe sobre tais princípios, o princípio da universalidade compreende o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”; ao passo que a integralidade confere aos usuários uma atenção que engloba as ações que possuem foco na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo o acesso da população a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. Além disso, a integralidade propõe que o foco da atenção seja direcionado ao indivíduo, à sua família e à comunidade, possibilitando a inclusão social, mitigando as ações focadas nas

enfermidades. No que diz respeito à equidade, estabelece-se que a atenção à Saúde seja promovida de forma que não haja preconceitos ou privilégios, além da oferta diferenciada de ações àqueles grupos portadores de necessidades especiais.

A integralidade por sua vez, conforme menciona (FRACOLLI et al., 2010) prevê que o cotidiano do trabalho envolva interações entre usuários e profissionais, a partir de um diálogo que considere os diferentes sujeitos, os seus contextos e as suas diferentes percepções acerca dos serviços de saúde.

Deste modo, o SUS configura uma porta aberta para a prática de políticas que envolvam a ampliação do acesso aos serviços de saúde. A humanização constitui um dos principais dispositivos, sendo um dos maiores desafios enfrentados no campo das políticas de saúde na atualidade.

3 A HUMANIZAÇÃO ENQUANTO POLÍTICA PÚBLICA

Benevides e Passos (2005) conceituam humanização como o resgate da imagem idealizada do homem, além da suscitação de um processo produtor de novos territórios essenciais. Lepargneur (2003, apud ZÜGE, 2012), por sua vez, afirma que o processo de humanização envolve a promoção de um bem comum, ultrapassando-se conveniências individuais ou que foquem em apenas um pequeno grupo. Neste sentido, a humanização se relaciona com a construção da solidariedade e da confiança, o olhar para o outro.

Na concepção de Simões et al. (2007), a humanização, no contexto da saúde, transpassa a qualidade clínica ou técnica dos profissionais, exigindo, assim, qualidade no comportamento. Para os autores, a palavra humanizar significa “dar condição humana”, portanto:

é possível dizer que a humanização é um processo que se encontra em constante transformação e que sofre influências do contexto em que ocorre, só sendo promovida e submetida ao próprio homem (SIMÕES et al., 2007, p. 440).

Ainda de acordo com Simões et al. (2007) a prática da humanização requer transformações nas esferas política, administrativa e subjetiva, ato que perpassa pela própria forma com a qual se enxerga o usuário, transferindo-o da posição de objeto passivo à posição de sujeito.

Conforme afirmam Santos Filho, Barros e Gomes (2009), a PNH possui caráter ético-estético e político, traduzidos nos processos atitudinais relacionados ao compromisso e à corresponsabilidade entre os diversos atores que fazem parte da política do cuidado: gestores de saúde, trabalhadores e usuários.

O sentido prático da humanização, quando se trata do seu caráter político voltado para a saúde, conforme (DESLANDES, 2004), consiste da criação de espaços que inovam as formas de produção de saúde, através da utilização de princípios que permitam maiores níveis de comunicação entre os indivíduos e as equipes de saúde. Deste modo, a humanização deve conduzir o sujeito à prática da autonomia, através do acolhimento, corresponsabilidade, resolutividade e gestão compartilhada dos processos de trabalho. Assim, a humanização no âmbito da atenção primária prevê a qualificação do acolhimento destinado aos indivíduos, sendo uma das pautas mais importantes relacionadas ao debate sobre política no Brasil, considerando o atual contexto.

As tentativas de suscitar os debates sobre humanização nos debates organizados pelo Ministério da Saúde datam desde o final da década de 90. Em 1999, criou-se o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), além de outros programas que decorriam do debate acerca da humanização. De acordo com Martins (2010), o foco primário do movimento da humanização voltava-se para os hospitais, devido ao modelo centralizado que norteava o modelo assistencial brasileiro. Neste segmento, a criação do PNHAH tornou-se pauta de grandes eventos, como a 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000.

A realização dos debates e ações do Ministério da Saúde permitiu a observação de que as fragilidades e insuficiências relacionadas aos modelos de saúde não se restringiam aos hospitais: espalhavam-se, também, pelos demais serviços da administração pública direta, principalmente aqueles oriundos da saúde.

Em 2003 criou-se a Política Nacional de Humanização (PNH), pelo Ministério da Saúde, e que, atualmente, encontra-se vinculada ao Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES) da Secretaria de Atenção à Saúde. O núcleo técnico da PNH situa-se em Brasília – DF, cuja função é afirmar os princípios, diretrizes e metodologias que norteiam a PNH, além de referenciar os coletivos distribuídos pelo Brasil. Deste modo, tais coletivos têm atuação conjunta com as

Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, estabelecendo parcerias de trabalho com os grupos que representam a construção da saúde nas esferas locais, conforme menciona (NAVARRO; PENA, 2013).

Para Züge (2012), a Humanização da atenção e gestão em saúde se apresentam como mecanismos de qualificação das atividades de assistência à saúde no âmbito do SUS, tais como: acesso ao acolhimento e à atenção integral com responsabilidade e vínculo e valorização dos trabalhadores, e usuários, com participação na gestão. Assim, tais pressupostos se tornam imprescindíveis para a implantação da PHN.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), a PNH emerge a partir de uma concepção que considera o cuidado a si mesmo e ao outro de modos que transcendem a prática da tutela e o moralismo, problematizando os imperativos e questionando as posições relacionadas à detenção do saber, comumente difundida entre profissionais ligados à área da saúde. Para além do exposto, a política também se propõe à criação de novas concepções de posicionamento no mundo, e da construção permanente de um modelo de saúde que seja um bem comum.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) considera a PNH como uma política pública que transpassa de modo transversal, as mais diversas ações e instâncias gestoras que compõem o SUS. Para Menezes e Santos (2017), o seu objetivo consiste da reformulação das práticas de saúde, priorizando a autonomia dos atores no campo da saúde, desde o planejamento até o cuidado direcionado aos usuários, de forma multidisciplinar e intersetorial.

Assim, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a),

Humanizar a atenção à saúde é valorizar a dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.). É também garantir o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito de acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha). É ainda estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva, por meio de gestão participativa, com os trabalhadores e os usuários, garantindo educação permanente aos trabalhadores do SUS de seu município.” (BRASIL, 2008a)

Convém ressaltar o endossado por Navarro e Pena (2013), quando afirmam que a PNH não se configura como uma mera iniciativa do Ministério da Saúde, no intuito de formar novas práticas no que tange à relação entre atores na área da saúde:

[...] mas deve se fazer presente em “territórios e instâncias de gestão e formulação de ações, estratégias e políticas públicas em saúde” porque contagia os atores implicados com o SUS pelo seu modo de fazer, o qual se distancia das práticas prescritivas e fundamentadas em discursos totalizantes, aproximando-se de uma referência ética, política e institucional de transformação dos modos de gerir e cuidar na saúde coletiva (NAVARRO; PENA, 2013).

Neste sentido, compreende-se que a Humanização do Sistema de Saúde prevê mudanças em todo o sistema. Corroborando com o pensamento de Züge (2012), pode-se dizer que se trata de uma estratégia de interferência no processo de produção da saúde, considerando que sujeitos, ao serem mobilizados, podem atuar como agentes transformadores de realidades. Para tanto, é necessário que os sujeitos que se envolvem nesta cadeia tenham consciência do seu papel no processo de humanização. A autora destaca que tal ponto configura um dos maiores problemas enfrentado pelo SUS: a formação inadequada e profissionalização insuficiente dos indivíduos impedem que a PNH cumpra os seus objetivos com eficácia. Como consequência, tem-se um efeito em cadeia, caracterizado pelo grau de insatisfação dos usuários, baixa resolutividade, dificuldades de acessibilidade aos recursos, além dos problemas estruturais.

4 GESTÃO HUMANIZADA EM SAÚDE

Apesar da criação da PNH, e da sua valorização enquanto eixo norteador das práticas de atenção à saúde é possível observar que a aplicação destes princípios ainda constitui grande desafio para as organizações de saúde, fator que a ponta para a necessidade de criação de novos modelos de gestão, que visem a acentuação do processo de humanização nas práticas de saúde.

Na perspectiva de Leitão e Lameira (2005), uma transformação organizacional que preze pela humanização no contexto organizacional deve exigir novas formas de lidar com as pessoas, de modo que a visão do homem enquanto um fator de produção, desvincilhado de todos os processos que lhe acometem, seja

substituído pelo modelo em que o mesmo seja colocado como fator principal e determinante em toda a cadeia. Neste sentido, as ações devem ser redirecionadas e os modelos devem ser reajustados, de forma que o homem passe a atuar como protagonista em todos os processos que o envolvem.

Os novos modelos organizacionais, sobretudo na área da saúde, emergem com o intuito de alterar o perfil dos gestores. Trata-se da redução do modelo autocrático e da formação de líderes organizacionais que, no âmbito das suas atuações, dialoguem com todos os setores e atores que envolvem uma organização, promovendo transformações e enfatizando o caráter horizontal e multidisciplinar dessas ações, como aponta (SILVA, 2006).

No que concerne à verticalização, Guedes, Pitombo e Barros (2009) destacam que esta constitui um dos grandes entraves nas práticas de saúde, aliados às práticas dissociativas dos modelos de atenção (modos de cuidar) e de gestão (modos de gerir). A perpetuação de um modelo em que os gestores apenas pensam e ordenam o sistema de saúde, enquanto os trabalhadores põem em prática planejamentos - que sequer tiveram a oportunidade de participar – coloca o setor da gestão em saúde frente a um desafio: replicar o mesmo modelo, que não cabe na sociedade, ou trabalhar na transformação de práticas que culminem na substituição de tal modelo.

Os processos de cuidado e de gestão da saúde devem ser considerados como indissociáveis nas práticas dos gestores, trabalhadores e usuários. Apesar de campos distintos, em termos teórico-práticos, o funcionamento e o papel conferido a cada um destes atores não deve ser tratado de forma isolada, uma vez que há influência mútua e constante entre eles. Pasche e Passos (2008) considera tão indissociabilidade como um ato político, dada a intensa interferência de um campo no outro.

Ainda no mesmo segmento, concorda-se com Navarro e Pena (2013), quando estes afirmam que os mais diversos problemas enfrentados pelo sistema de saúde atravessam a questão do “fazer clínica” e da gestão verticalizada. É neste modelo que a oferta em saúde é conduzida num formato mercadológico, um mero produto oriundo da relação entre trabalhadores, gestores e usuários, o que distancia, minimiza e neutraliza a relação entre usuários, trabalhadores e gestores. Segundo os autores, ainda, tais ações são preponderantes para a perpetuação da

medicalização enquanto única forma de promoção de bem-estar ao ser humano, com a dissociação de todos os fatores que envolvem o indivíduo.

Deste modo, a gestão em saúde não se trata apenas de promover um gerenciamento individualizado e que desconsidere a participação dos demais indivíduos envolvidos neste processo. Na concepção de Araújo e Pontes (2012), o ato de gerir, que, em tese, reforça a prática do controle, da regulação e normatização, deve estar correlacionando e manter relação de interdependência com o gerar, ou seja, “com a construção de projetos comuns, criatividade, diálogos, inovações, cidadanias, aprendizagens”.

5 MATERIAL E MÉTODOS

Para se alcançar os objetivos propostos da pesquisa, seguimos pelo procedimento metodológico do estudo descritivo-exploratório, tendo uma abordagem qualitativa, que conforme Minayo (1993) possibilita maior aproximação com o cotidiano e as experiências vivenciadas pelos sujeitos nela envolvidos. A mesma foi realizada com gestores e usuários da rede pública de saúde do Município de Dormentes/PE, onde se utilizou como instrumento de coleta de dados, entrevista semiestruturada, que foram respondidas anonimamente e aleatória.

Os questionários versavam acerca da concepção e práticas de humanização no âmbito do SUS no *lócus* da pesquisa, sendo que o processo de coleta de dados aconteceu nas dependências dos serviços de saúde do município, após o consentimento de seus gestores.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em bases de dados mencionados na respectiva referência desta pesquisa, além de sites da Rede Mundial de Computadores, no intuito de selecionar estudos que abordassem a temática em questão.

Utilizou-se a entrevista semiestruturada que segundo Triviños (1987) parte de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, oferecendo, em seguida, amplo campo de interrogativas, à medida que são obtidas as respostas dos informantes.

É importante ressaltarmos que a pesquisa que ora apresentamos é um estudo exploratório sem pretensão de exaurir a discussão, antes, busca indicar

aspectos que entendemos ser necessária maior atenção por parte da municipalidade, necessitando de maior aprofundamento nas questões apontadas.

5.1 Sujeitos da Pesquisa

Na formatação desta pesquisa os sujeitos participantes foram: dois gestores de saúde (sendo uma delas a Secretária Municipal de Saúde) e 10 (dez) usuários das unidades básicas de saúde do município *lócus* da pesquisa, as quais receberam esclarecimentos prévios sobre o objetivo do estudo.

As informações foram registradas em formulários e posteriormente transcritos para fins de análise, conforme já mencionamos.

Os dados tiveram como referencial metodológico a análise de conteúdo que, segundo Bardin (1977), permite a comunicações por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos que descrevem o conteúdo.

5.2 O *lócus* da Pesquisa

O município de Dormentes está assentado sobre terras da Sesmaria de Valério Coelho Rodrigues, sendo que sua neta Ana Coelho Rodrigues ao casar com Manoel Fernandes Coelho Rodrigues recebeu como dote as terras da antiga fazenda São João Velho e foi desta fazenda que nasceu Dormentes/PE. Nos nossos dias, o povoamento do distrito de Dormentes pertencia a ao município de Petrolina e desta foi desmembrada em 1º de outubro de 1991, pela Lei estadual nº 10.625.

O município faz parte da Microrregião de Petrolina, conforme mostramos no mapa abaixo, e são formados pelo distrito sede e pelos povoados de Lagoa, Monte Harebe, Lagoa de Fora, Botão de Cedro, Angico, Caatinga Grande, Mudubim, Poço do Boi e São Domingos.

O município de Dormentes possui, segundo dados do (IBGE, 2015), uma população de 18.321 habitantes, na sede e área rural. Na Imagem 01 temos a localização geográfica do município dentro do Mapa Rodoviário de Pernambuco.

De acordo com dados obtidos a partir da Secretaria de Saúde do município, existem sete equipes de saúde da família credenciadas pelo Ministério da Saúde, e que estão cadastradas no sistema e devidamente implantadas no município. Tais

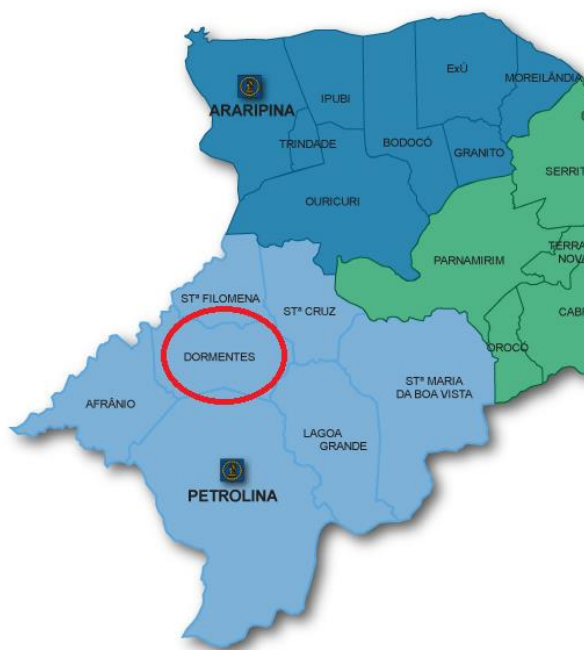
equipes, de acordo com relatório emitido pela Secretaria de Saúde, abrangem 100% da população.

Além das equipes supramencionadas, o município abriga 01 hospital, 11 leitos, 6 ambulatórios e conta ainda com 24 (vinte e quatro) Agentes Comunitários de Saúde Pública.

De acordo com dados disponibilizados pelo DATASUS, a taxa de mortalidade infantil corresponde a 73,68 para cada mil crianças.

O município conta com oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), com as seguintes denominações: 1) UBS Albertina Cristina de Macedo; 2) UBS Ângelo Pereira Júnior; 3) UBS Joana Andreлина de Macedo; 4) UBS José Severiano de Macedo; 5) UBS Marcelino Francisco de Macedo; 6) UBS Ozeas Otaviano de Souza e 7) UBS Terezinha Coelho de Macedo.

IMAGEM 01: Fragmento do Mapa de Pernambuco, 2018



Fonte: <http://www.creape.org.br/inspetorias-e-postos-avancados-de-atendimento/>

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos que participaram do presente estudo, como já mencionado, era composto de 12 (doze) pessoas, sendo dois gestores de saúde e 10 (dez) usuários do Programa Estratégia Saúde da Família (SUS).

Aos mesmos foi aplicado questionário semiestruturado contendo 04 (quatro) questões. Tais questões são apontadas nas observações estruturadas que ora vamos abordar.

Na referida pesquisa chamaremos os entrevistados de Gestor de Saúde 01 e 02, e Usuário 01 a 10. Assim fazendo, delimitamos nosso trabalho e preservamos as fontes pesquisadas.

A primeira questão, de forma aberta, versava sobre o conhecimento em relação ao atendimento humanizado. De forma aleatória, escolhemos cinco sujeitos para investigar suas respostas: O Gestor de Saúde e os Usuários 01 a 04.

O Gestor de Saúde 01 assim respondeu:

Ofertar um atendimento humanizado é enxergar o paciente de forma holística, respeitando as suas particularidades e diferenças, afastando qualquer tipo de discriminação, buscando um relacionamento profissional-paciente agradável. Sendo assim, respeitando as diferenças humanas poderemos oferecer uma assistência melhor/eficaz a cada paciente (GESTOR DE SAÚDE 01).

A resposta permitiu observar que o profissional possui conhecimento consolidado em relação aos pressupostos da Humanização no atendimento.

Repetida a pergunta aos usuários, os mesmos diversificaram suas respostas e se referiram no caso do USUÁRIO 01 ao atendimento humanizado como práticas que considerem o sujeito, a sua integralidade e o seu contexto:

Atendimento que ouve, compreende, respeita e acolhe o paciente, com carinho e atenção, dando importância às queixas e demandas existentes” (USUÁRIO 01).

Os demais entrevistados responderam assim:

É quando o atendimento é feito à pessoa, não simplesmente como mais um, isto é, quando o paciente é ouvido e respeitado diante das

suas necessidades, a procurar o atendimento. E que não falta a ética e o conhecimento técnico (USUÁRIO 02).

O entrevistado USUÁRIO 02 observa que ao ser ouvido por quem tem a obrigação de prestar um bom serviço público de saúde, já temos um atendimento humanizado.

Corroborando com a resposta acima, o USUÁRIO 03, que também menciona a questão da confiança e do apoio aquele que chega na unidade de saúde para busca atendimento. Assim ele expressou em sua resposta:

É quando transmite ao paciente confiança, segurança e apoio. Quando é feito o cuidado com empatia, atenção e acolhimento integral ao paciente, sua família e acompanhantes (USUÁRIO 03).

O USUÁRIO 04 também aponta o fato de ser ouvido e respeitado:

É saber ouvir, compreender, acolher e respeitar as opiniões, queixas e necessidades dos pacientes que procuram por atendimento. Pode-se dizer que significa a união entre o comportamento ético e conhecimento técnico para ofertar cuidados dirigidos aos pacientes (USUÁRIO 04).

Observou-se que os usuários associavam a prática da humanização ao cuidado direto com o usuário. De fato, o produto final do processo de humanização deve convergir para a melhoria do cuidado.

Conforme afirmam Fracoli et al. (2010), a mudança radical no modelo de atenção à saúde deve priorizar a atenção primária, e, além disso, focar-se no indivíduo em sua integralidade, abolindo toda a fragmentação do cuidado que foi historicamente construída na sociedade. Assim, a humanização requer que as pessoas deixem de ser transformadas em órgãos, ou meros pedaços de doenças. Os autores ainda salientam que a humanização do cuidado envolve, desde as práticas respeitadas na recepção dos usuários e atendimento, até o conforto e limpeza propiciados no espaço de produção de saúde para os indivíduos, e tais pressupostos devem ser adotados para a orientação de todas as intervenções em saúde, fundamentando-se nos princípios da humanização, e, sobretudo, no conceito da integralidade. Entretanto, há que se considerar que não se trata apenas de atitudes pontuais dos trabalhadores da saúde em relação aos mesmos.

Nesta perspectiva, Rios (2009) compreende a humanização como um conjunto de processos cujo objetivo é transformar a cultura institucional através de uma construção conjunta, e que envolva compromissos éticos e relacionados às práticas de saúde e gestão dos serviços, baseados na busca de soluções compartilhadas. Deste modo, é necessário perceber que, para que o paciente seja tratado de forma holística e compreendido em todas as suas formas de “ser”, convém que todos os profissionais envolvidos no âmbito da oferta da saúde estejam alinhados em relação à Política de Humanização, não bastando apenas ações individuais. Trata-se de uma cultura organizacional, que envolve reorganização de práticas, planejamentos, e interação entre profissionais, gestores e usuários.

Dito isso, salienta-se que o conceito de humanização requer mudança institucional e visões que ultrapassem a individualidade. A prática da humanização não deve ocorrer de maneira isolada, mas deve envolver todo o contexto na qual esta se aplica, e todos os atores sociais presentes no ciclo de atenção à saúde.

Na segunda questão os entrevistados deveriam responder “Sim ou Não” se o atendimento que ele recebia do SUS era humanizado. Na **Tabela 1** temos:

TABELA 1: O ATENDIMENTO RECEBIDO PELO SUS É HUMANIZADO?

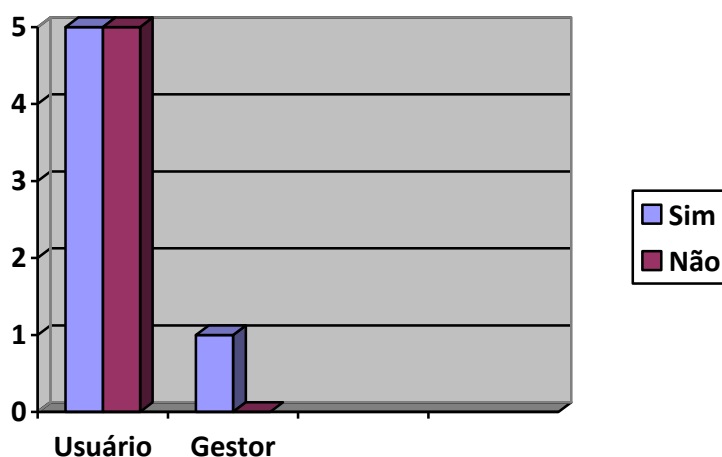
ENTREVISTADO	SIM	NÃO
Gestor de Saúde 01	SIM	
Gestor de Saúde 02	SIM	
Usuário 01	SIM	
Usuário 02		NÃO
Usuário 03	SIM	
Usuário 04	SIM	
Usuário 05		NÃO
Usuário 06		NÃO
Usuário 07	SIM	
Usuário 08		NÃO
Usuário 09		NÃO
Usuário 10	SIM	

Fonte: a autora, 2018.

Pelas respostas mencionadas na **Tabela 1**, vimos que os entrevistados são divididos quanto à afirmação de que o atendimento que recebe é de fato humanizado. Nesse contexto, cinco responderam que sim e outros cinco responderam que não. Ou seja, não há consenso.

Transformamos a Tabela 1 em gráfico para melhor demonstrar tal equilíbrio, colocando a resposta do Gestor em separado. Assim podemos observar melhor.

GRÁFICO 01: O ATENDIMENTO RECEBIDO PELO SUS É HUMANIZADO?



Fonte: a autora, 2018.

O Gestor de Saúde 01, neste caso, torna-se “suspeito” em seus apontamentos haja vista que ele convive com o processo de atendimento. Mas é coerente em suas falas. Observamos sua resposta e, ao questioná-lo obteve-se resposta positiva. Tal afirmação é importante, e aponta para o fato de que as políticas de saúde vêm sendo tratadas com seriedade no município de Dormentes, e o setor de saúde local tem cumprido a sua função social. Porém, em relação à população, vimos que nem todos concordam.

Nesse contexto é preciso que a municipalidade melhor oriente seus servidores a buscar a excelência no atendimento para que o usuário possa de fato sentir-se contemplado.

O Gestor de Saúde 02 observa que:

A Secretaria Municipal de Saúde vem realizando ações de planejamento, orientação, coordenação de política de saúde no município, compreendendo tanto o cuidado preventivo, curativo e de reabilitação; e ações de vigilância em saúde. (GESTOR DE SAÚDE 02).

No tocante ainda as respostas dos USUÁRIOS a questão 02, pedimos que os mesmos apontassem, em caso de resposta negativa, os motivos de não se sentirem contemplados.

Escolhemos os USUÁRIOS 05, 06, 08 e 09, para analisar suas observações. Os mesmos responderam assim:

Médicos que se esquecem de tocar no paciente, muitos nem olham no rosto do paciente, a receita já está pronta (USUÁRIO 05).

Muitas vezes falta material e profissionais capacitados para desempenhar o atendimento (USUÁRIO 06).

Porque as vidas não são respeitadas, os descasos são muitos, vidas são ceifadas (USUÁRIO 08).

Frieza e indiferença diante da situação do paciente ou da família. A opinião é que o paciente e/ou familiar não escutado ou valorizado (USUÁRIO 09).

Pelas narrativas acima mencionadas os Usuários entrevistados e que não concordam com o atendimento recebido falam da forma como são tratados, da falta de profissionais capacitados, também da falta de material e do tratamento que recebe através do médico, muitas vezes sem nem sequer olhar no rosto de quem busca atendimento. Nesse contexto, é necessário intervir urgentemente para que o Usuário do SUS possa sentir-se acolhido nas unidades de saúde, quanto a suas necessidades.

Para isso, é preciso rever aspectos no tocante a formação desses profissionais, buscando instruí-los quanto à forma humanizada de atendimento. Conforme afirmam Menezes e Santos (2017), é a partir da PNH que o trabalho e o trabalhador ganham centralidade, e que, para além de assegurar o direito dos usuários e trabalhadores da saúde, há, consigo uma proposta organizacional dos serviços.

Confrontando a resposta afirmativa do Gestor de Saúde com o Usuário 9, por exemplo, veremos que este último não considera que o atendimento ofertado é

humanizado e relaciona tal fator às práticas dos trabalhadores da saúde em relação ao atendimento com “frieza e indiferença diante das situações dos pacientes ou da família”.

É notório que a melhora na saúde do paciente só acontece quando ele se sente protegido, então tratar um familiar com frieza e indiferença é lançar por terra todo um formato de tratamento que vem sendo aplicado pelo SUS.

Garcia et al. (2010) consideram que a desconfiança e o descrédito dos usuários em relação aos serviços prestados pelo SUS pode revelar a falta de efetivação do direito à saúde, que deve considerar a integralidade do indivíduo. Neste sentido, a existência de queixas em relação ao modelo de atenção direcionado ao indivíduo pode inferir que a prática da Humanização nos serviços de saúde não está ocorrendo, de fato, uma vez que existe uma parcela de usuários insatisfeitos.

Ressalta-se aqui, mais uma vez, que a humanização não corresponde a ações isoladas, o que requer envolvimento coletivo em relação às práticas adotadas. Deste modo, o sistema deve atuar em uníssono, e todos os envolvidos na cadeia devem contribuir, para que possam ser reduzidas as chances de ruídos ou de atitudes destoantes dos objetivos elencados.

A Questão 03 do questionário foi diferenciada para o Gestor de Saúde e para o Usuário.

O Gestor de Saúde 01 foi questionado acerca do desenvolvimento de políticas de humanização no seu trabalho, assim como sobre o seu papel na execução destas políticas. Assim ele respondeu:

A Política Nacional de Humanização visa ofertar estrutura física e recursos humanos capazes de disponibilizar uma assistência melhor ao usuário. Levando para o meu campo de atuação (vigilância em saúde), percebo que posso tornar-me um profissional integrante desta política, a partir do momento que recebo/atendo bem às pessoas que me procuram, busco resolver os problemas que me são pertinentes... (GESTOR DE SAÚDE 01)

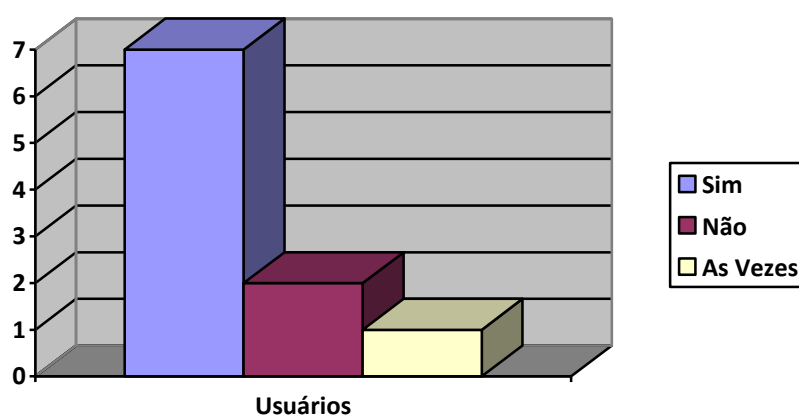
O mesmo respondeu de forma técnica, mostrando conhecimento quanto à forma como deve ser o tratamento para com os Usuários. Mas, para além deste respondente, os demais Gestores de Saúde e Profissionais de Saúde da rede pública do município de Dormentes/PE tem tal conhecimento? Se sim, então porque

parte dos entrevistados não se sentem contemplados? Se não, o que fazer para melhorar tal dinâmica?

Para os Usuários a questão 03 eles deveriam responde “sim ou não” para a pergunta seguinte: Você e sua família se sentem acolhidos pelos profissionais ao utilizarem o SUS?

No **Gráfico 2**, abaixo, apontamos as respostas:

GRÁFICO 02: VOCÊ SUA FAMÍLIA SE SENTEM ACOLHIDOS PELOS PROFISSIONAIS AO UTILIZAREM O SUS



Fonte: a autora, 2018.

Na Tabela 2 mensuramos os dados apontados acima:

TABELA 2: VOCÊ SUA FAMÍLIA SE SENTEM ACOLHIDOS PELOS PROFISSIONAIS AO UTILIZAREM O SUS

ENTREVISTADO	SIM	NÃO	ÀS VEZES
Usuário 01	SIM		
Usuário 02		NÃO	
Usuário 03	SIM		
Usuário 04	SIM		
Usuário 05	SIM		
Usuário 06	SIM		
Usuário 07	SIM		
Usuário 08			ÀS VEZES
Usuário 09		NÃO	
Usuário 10	SIM		

Fonte: a autora, 2018.

Ainda sobre a questão 03, o detalhe é que no questionário não foi dada a opção “às vezes”, porém um dos entrevistados inseriu em sua resposta e, portanto, acrescentamos para substanciar as respostas recebidas.

A quarta e última pergunta lançada aos entrevistados foi sobre a opinião deles se existem fatores no município que impedem a humanização dos serviços?

O Gestor de Saúde respondeu que não, e o que basta é apenas “ser humano”, e saber respeitar o outro, colocando-se no seu lugar. Uma vez que a PNH valoriza a integração entre recursos humano e estrutura física, conforme o próprio gestor afirma, convém ressaltar que não se trata apenas de “receber e atender todas as pessoas que me procuram”.

Silva e Muniz (2011) argumentam que a desumanização dos serviços de saúde envolve múltiplos aspectos, como: a má relação interpessoal entre os profissionais, e, de igual modo, entre os profissionais e usuários, a falta de valorização da intersubjetividade, o tratamento da doença sob um viés mercadológico, os problemas de infraestrutura, materiais e equipamentos sucateados, a falta de participação de uma gestão que considere a participação dos múltiplos atores, da adoção de estratégias, de acolhimento e da insatisfação dos usuários e profissionais em relação às falhas entraves relacionadas ao sistema de saúde.

Neste sentido, em face de tantos fatores que contribuem incisivamente para que um serviço desumanizado seja ofertado aos trabalhadores e usuários, o reducionismo destes problemas associados ao argumento à mudança no atendimento e ao “fazer a sua parte” é insuficiente. Mudanças coletivas e em todos os pontos da cadeia se fazem emergentes para um processo real de humanização do sistema de saúde. Dos entrevistados, cinco afirmaram sentir-se acolhidos, assim como os seus familiares, ao utilizarem os serviços do Sistema Único de Saúde. Um entrevistado acrescentou que “às vezes” se sente acolhido, e os demais responderam que não.

Para Ferreira (2011), o acolhimento constitui ferramenta imprescindível no que concerne ao fortalecimento de vínculos entre os profissionais e os usuários e não deve se restringir às formas de recepção os ao cumprimento de agendas assistenciais. Neste sentido, a prática do acolhimento deve constituir uma etapa

relacionada ao processo de trabalho que culmina no relacionamento com o usuário. Assim, deve-se prezar pela qualificação na escuta dos usuários e no acolhimento enquanto um direito moral.

No que se referem aos fatores que impedem a humanização dos serviços do ponto de vista dos usuários, sete respondentes listaram uma série de deficiências que impedem que a humanização seja posta, de fato, em prática. Neste viés, foram observadas as seguintes respostas inseridas na Tabela 3:

TABELA 03: RESPOSTAS DA QUESTÃO 04 PELOS ENTREVISTADOS

USUÁRIO	RESPOSTA
USUÁRIO 01	Um dos fatores preocupantes é a distância para tratamentos especializados e de alta complexidade, os pacientes sofrem muito com o deslocamento levando em consideração o estado do paciente, que às vezes é muito debilitado
USUÁRIO 02	-A preocupação, primeiro, com o custo financeiro para o atendimento; -A superlotação; -Falta equipar a rede com profissionais com várias especializações, tanto para atendimentos ambulatoriais, quanto para exames.
USUÁRIO 03	-Falta de capacitação para os profissionais; -Demanda muito grande da população para poucos profissionais, que leva ao atendimento desumano.
USUÁRIO 04	Às vezes sim, por falta de comprometimento de alguns profissionais da saúde no atendimento com o paciente na hora em que ele mais precisa.
USUÁRIO 05	Existem profissionais que trabalham apenas pela remuneração, falta de boas estruturas, muitas vezes carga horária exaustiva...
USUÁRIO 06	Um maior investimento em profissionais e materiais necessários para o atendimento tornaria o serviço ainda mais humanizado.
USUÁRIO 07	Sim.
USUÁRIO 08	-Poucos recursos para muitos atendimentos; -Muitos pacientes para poucos serviços; -Objetivo não seja ter este atendimento (SIC), ou seja, favorece uns e outros não.
USUÁRIO 09	A regulamentação da senha; o ônibus que leva os pacientes para a UPA, superlotados; a frieza que os profissionais recebem os pacientes; a falta de humanização.
USUÁRIO 10	Não.

Fonte: a autora, 2018.

Assim, percebeu-se que a maioria dos fatores listados pelos usuários se relaciona com questões de infraestrutura, à qualificação e ao compromisso dos profissionais. Tais ideias corroboram com as afirmações de Simões et al. (2007), autores que listam diversas falhas relacionadas ao processo de produção da saúde no âmbito do SUS: falhas no atendimento, instalações insuficientes ou deficientes, aglomeração de usuários e a ausência de ética no processo de trabalho. De acordo com estes autores, a prática da humanização, que converge para um atendimento humanizado, requer transformações nos âmbitos políticos, administrativos e subjetivos. Sendo assim, é necessário que haja uma mudança no processo de “fazer saúde”, abandonando-se as práticas centradas em processos curativos, e percebendo-se o outro como parte integral de todo o sistema. Tal concepção permite um foco na integralidade do indivíduo, fator essencial para a reestruturação das práticas, de modo que a Política de Humanização não apenas cumpra o seu caráter teórico, mas que passe a ter consequências pragmáticas e práticas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente estudo permitiu observar que, ao menos para a amostra de usuários entrevistados, a humanização se relaciona diretamente com o atendimento ao usuário. Tal visão é importante, uma vez que um sistema que pratique a humanização deve fazê-lo de forma que todas as ações, inclusive aquelas relacionadas à aspectos básicos, sejam direcionadas no sentido de fornecer um atendimento de qualidade ao indivíduo e à sua família, valorizando a prática da escuta, afirmando-se os vínculos entre profissionais e usuários, e atendendo as necessidades mais subjetivas dos indivíduos.

Entretanto, deve-se salientar que a humanização requer ações conjuntas e que integrem questões estruturais, administrativas, relacionais e subjetivas. É importante que gestores estejam atentos à população e às suas necessidades, para que *feedbacks* construtivos sejam elaborados, no sentido de compreender os indivíduos e contribuir para o aumento do bem-estar e qualidade de vida da população. Assim, o confronto entre respondentes usuários do sistema único de saúde e gestores contribui para que deficiências sejam identificadas e para que se possa trabalhar na resolução e mitigação das mesmas.

Nessa questão cabe ao Poder Executivo do município ampliar a oferta de cursos de capacitação para que os profissionais que atendem a população usuária do SUS possa ser constantemente treinados para apresentar um serviço de excelência aqueles que procuram as unidades de saúde da rede municipal. Ao mesmo tempo, cabe ao Poder Legislativo estar mais próximo da população para que estas demandas sejam sanadas a contento haja vista que é o vereador o representante do povo na Câmara de Vereadores.

Cabe ressaltar que este estudo apresenta limitações, como a amostra de indivíduos com a qual se trabalhou. Neste sentido, a pesquisa abre lacunas para a realização de estudos posteriores, a partir de diversas metodologias, e que busquem o fomento à discussão acerca da Humanização nos espaços de saúde do município de Dormentes/PE.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. E. L.; PONTES, R. J. S. **Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE)**. Ciênc. Saúde Coletiva, v.17, n.9, p.2357-2365, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v.10, n.3, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: Conass, 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf>. Acesso em 15 abr. 2018.

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. Brasília/DF, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília/DF: Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em 12 mar. 2018.

CONCEIÇÃO, T. S. **A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares.** *Ser Social*, v.11, n.25, p.194-220, jul./dez.2009.

CECCIM, R.B.; MERHY, E.E. **Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas.** *Interface (Botucatu)*, v.13, p. 531-42, 2009.

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

FORTES, P.A.C. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde.** *Saúde & Sociedade*. v.13, n.3, p. 30-35, set/dez. 2004.

FRACOLLI, L. A. et al. **Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras.** *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 45, n.5, p.1135-1141, 2010.

GARCIA, A. V. et al. **O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores.** *Physis*, v.20, n.3, p.555-561, 2010.

GUEDES, C. R.; PITOMBO, L. B.; BARROS, M. E. B. **Os processos de formação na política nacional de humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde.** *Physis*, v.19, n.4, p.1087-1109, 2009.

HEIMMAN, L. et al. **Atenção Primária em Saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.6, p.2277-2887, 2011.

LEITÃO, S. P.; LAMEIRA, V. J. **Humanismo e mudança organizacional.** *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v.39, n.3, p.731-751, mai./jun.2005.

LUZ, M. T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80.** *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v.1, n.1, 1991.

MARTINS, C. P. **Possibilidades, limites e desafios da humanização do SUS**. 2010. 104f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista, Assis, 2010.

MENEZES, M. L.; SANTOS, L. R. C. S. **Humanização na atenção primária à saúde: um olhar sobre o trabalhador da saúde**. Revista Saúde. Com, v13, n.1, p.786-796, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Documento Base para gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 4ªed. 2010a.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1993.

NAVARRO, L. M.; PENA, R. S. **A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas de saúde**. Revista da Psicologia da UNESP, v.12, n.1, p.64-73, 2013.

CAMPOS, R. **Reflexões sobre conceito de humanização em saúde**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n.64, p. 123-130, maio/ago. 2003.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. **Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública**. Ciên. Saúde Colet., v.16, n.11, p.4541-4548, 2011.

PESSINI, L. et al. **Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica**. Mundo Saúde. v. 27, n.2, p.203-205, 2003.

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Aurea, 2009.

RIZZOTO, M.L.F. **As políticas de saúde e a humanização da assistência**. Rev. Bras. Enfermagem, v. 55, n.2, mar/abr. 2002.

SILVA, P. S. C. **Gestão humanizada no setor público: um estudo de caso no Instituto Anísio Teixeira (IAT)**. 2006. 84p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Administração) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2006.

SOUZA, G. A. **Gestão, Planejamento e Humanização na Atenção Primária à Saúde**. 2011. 35f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção

Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Lagoa Santa – MG, 2011.

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis et al. **Humanização na saúde: enfoque na atenção básica**. Texto & Contexto – Enfermagem, Florianópolis, v.16, n.3, jul./set. 2007.

TEIXEIRA, R.R. **Humanização e atenção básica à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v.10, n.3, p.585-597, jul./set. 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TOCCI, A. S. S.; COSTA, E. C. N. F. **A gestão em saúde após a política nacional de humanização no Sistema Único de Saúde – SUS**. Revista Uningá, Maringá-PR, n.40, p.197-206, abr./jun. 2014.

TRACERA, G. M. P; SILVA JÚNIOR, A. G.; MOURÃO, L. C. **Complexidades na implantação da política nacional de humanização sob a ótica de profissionais de saúde**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, v.8, n.1, p. 76-91, 2017.

ZÜGE, Emanoeli. **A humanização nos serviços de saúde**. 32f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – RS, 2012.