

HUMANIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. UMA REVISÃO DE LITERATURA

HUMANIZATION THE UNIQUE HEALTH SYSTEM. A LITERATURE REVIEW

Emanuely Taynara Bezerra da Silva¹

Rossana Barbosa Leal²

Camila Agra Souza³

RESUMO

O artigo trata das transformações que envolve as políticas públicas de humanização dos serviços de saúde no Brasil. No meio da atenção em saúde, o termo humanização vem sendo utilizado com diferentes entendimentos e significados, tendo relação direta com os direitos dos pacientes e a ética voltada ao respeito ao outro. A humanização da atenção à saúde também vem sendo vista como política pública, começando no ambiente hospitalar, e, recentemente, sendo voltada para todos os níveis de atenção de saúde. O principal intuito deste artigo é trazer uma discussão as possíveis lógicas da humanização na promoção dos cuidados primários de saúde. Para o desempenho desta meta, o artigo traz uma literatura de referência sobre vários aspectos da humanização dos serviços de saúde, trazendo em pauta aqueles sentidos que mais se aproximam da abordagem que será aqui adotada. Por fim, foi levado em consideração algumas características específicas da produção de cuidados primários de saúde, que observa como esses novos sentidos poderiam agregar para pensar não apenas a humanização dos serviços, mas também nos serviços que podem colaborar para a própria humanização.

Palavras-chave: Humanização. SUS. Equidade. Acessibilidade. Diretrizes.

ABSTRACT

The article deals with the transformations involving public policies for the humanization of health services in Brazil. In health care, the term humanization has been used with different understandings and meanings, having a direct relationship with patients' rights and ethics aimed at respecting others. The humanization of

¹ Graduanda em Odontologia; UNIFACOL; emanuelyfelix172@gmail.com

² Professora Doutora; UNIFACOL; rossana.leal@unifacol.edu.br

³ Professora Doutora; UNIFACOL; camila.agra@unifacol.edu.br

health care has also been seen as a public policy, starting in the hospital environment and, recently, being focused on all levels of health care. The main purpose of this article is to discuss the possible logics of humanization in the promotion of primary health care. In order to achieve this goal, the article provides a reference literature on various aspects of the humanization of health services, bringing into the agenda those meanings that are closest to the approach that will be adopted here. Finally, some specific characteristics of the production of primary health care were taken into account, which observes how these new meanings could add to thinking not only about the humanization of services, but also on the services that can contribute to the humanization itself.

Keywords: Humanization. SUS. Equity. Accessibility. Guidelines.

1 INTRODUÇÃO

A Humanização tem relação direta com dois outros conceitos: defesa da vida e o de Paidéia. A defesa da vida é um critério para direcionar a avaliação de políticas públicas e possui a ideia de busca por qualquer política ou projeto de saúde. Já o termo Paidéia é ainda mais drástico, pois nos leva a pensar nas formas e maneiras para o desenvolvimento integral dos seres humanos, sejam eles cidadãos, doentes ou trabalhadores de saúde. (CAMPOS *et al.*, 2005)

Nos últimos tempos, a Humanização vem sendo um dos principais assuntos quando se fala de saúde, pois humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua particularidade, com suas necessidades específicas, e, assim, criar condições para que tenham maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma independente (FORTES, 2004). De acordo com Rech (2003), é tratar as pessoas levando em conta seus valores e vivências como únicos, evitando quaisquer formas de discriminação negativa, de perda da autonomia, preservando a dignidade do ser humano.

Sobre a Humanização, deve-se considerar o humano em suas diferenças e entender as mudanças que podem ocorrer em movimentos coletivos. Como por exemplo, a elevação do Homem (BENEVIDES & PASSOS, 2005) ter como guia o necessário ajuste dos sujeitos envolvidos nas práticas de saúde. Assim, reajustando o conceito, tomamos a humanização como estratégia de interferência nestas práticas levando em conta que os sujeitos sociais, como pessoas que estejam

envolvidas e engajadas nas práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, mudar a realidade transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Deve-se, então, investir, a partir desta ideia de humano, na formação de outras maneiras de envolvimento entre os sujeitos que formam os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo as pessoas e dando a elas o seu papel. (BENEVIDES & PASSOS, 2005)

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Humanização não trata somente dos problemas e necessidades biológicas, mas também do estado social, educacional, da ética e da questão psíquica presente nos relacionamentos humanos existentes, como por exemplo, a relação entre os gestores, trabalhadores e usuários (PELISOLI *et al.*, 2014). Referiu Zoboli (2003), que o estado de saúde e o processo saúde-doença em cada pessoa são vivenciados como condição única, enquanto que, para os profissionais de saúde, as situações individuais são vividas como casos, de um pretense ponto de vista objetivo, dentro de parâmetros supostamente racionais e científicos.

Em 2003, o Ministério da Saúde estabeleceu a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, o qual tem como princípios: a inseparabilidade e a transversalidade entre a gestão e a atenção. A Humanização se caracteriza como uma aposta ética e política; na questão ética provoca nos usuários, gestores e trabalhadores um comprometimento com a qualificação do cuidado, e na política, trata da organização social e institucional, onde se espera que exista solidariedade dos meios envolvidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva do processo de gestão. (BARBOSA *et al.*, 2013).

O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem garantir programas fixos de formação, educação continuada, capacitação e estimular as Equipes de Trabalhadores em Saúde, além de promover e incentivar a capacitação em gerência de serviços para os Secretários e Dirigentes de Saúde. (CECCIM *et al.*, 2002)

O assunto da atuação da saúde sobre as condições e a qualidade de vida, tem ocupado políticos e pensadores ao decorrer da história. Já no século XVIII, quando ocupava as funções de diretor geral de saúde pública da Lombardia austríaca e professor da Faculdade de Medicina, Johann Peter Frank escreveu, no seu famoso “A miséria do povo, mãe das enfermidades”, que a pobreza e as más

condições de vida, trabalho, nutrição e etc., eram as maiores causadoras das doenças, aconselhando, mais do que reformas sanitárias, amplas reformas sociais e econômicas (BUSS, 2000).

A aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) assegurou a institucionalização da promoção da saúde no Sistema Único de Saúde. Esse processo não só revelou o excesso de conceitos e de atividade cotidiana do sistema de saúde brasileiro como também a importância da análise de situação em saúde para a eleição de prioridades e focalização das ações sanitárias. (MALTA *et al.*, 2009)

O SUS e a Estratégia Saúde da Família (ESF) são vistos com uma grande importância no contexto nacional e internacional na contribuição para reforma de sistemas de saúde que respondam de forma positiva, tanto na dimensão tecnológica como ética e nas necessidades de saúde das populações. O que requer atuação integrada e colaborativa de todos os profissionais de saúde para além do médico: enfermeiros, cirurgiões dentistas, agentes comunitários de saúde, auxiliares, técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal e os profissionais inseridos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como fonoaudiólogos, educadores físicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e outros – dessa forma temos a clara relação interprofissional da atenção à saúde e da formação dos profissionais. (PEDUZZI, 2016)

O Programa Saúde da Família (PSF) tem como objetivo trabalhar na ideia da Promoção da Saúde, tendo como perspectiva a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade. Entre outras questões, para alcançar esse objetivo, é necessária a união dos profissionais e dos serviços com a comunidade, e a perspectiva de promoção de ações intersetoriais. (BESEN *et al.*, 2007).

A assistência fundamentada na equipe multiprofissional torna-se um elemento de grande importância, uma vez que a ideia interdisciplinar é introduzida pela equipe multiprofissional permitindo a prestação do cuidado integral, tornando essas práticas de suma necessidade para o desenvolvimento da equipe e do trabalho. (GARUZI *et al.*, 2014)

Sendo assim, este estudo objetivou revisar a literatura sobre Humanização, e mais ainda, voltada a um sistema de saúde; além de estudar o histórico, conceitos, benefícios e contribuições dos meios envolvidos.

2 METODOLOGIA

Artigo produzido no regulamento do tipo de estudo revisão de literatura. Esse trabalho teve como princípio um estudo transversal e narrativo, que objetivou revisar de maneira geral a Humanização no sistema de saúde; e de forma específica, estudar o histórico, conceitos, benefícios e contribuições dos meios envolvidos.

Os artigos estudados e selecionadas para esse artigo foram no idioma português, entre os anos de 2001 e 2018. A pesquisa realizou-se a princípio através da Lei nº 8.080/90 e das diretrizes do SUS e os dados foram coletados na base de dados SCIELO e PubMed, como também o Google acadêmico, além de estudos de pós-graduação como: uma dissertação e uma monografia. As palavras-chave utilizadas nas pesquisas foram as seguintes: humanização, sus, equidade, acessibilidade, saúde, odontologia e diretrizes. Alguns dos artigos mais relevantes estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Título, ano e principais objetivos, dos artigos mais relevantes para pesquisadora

ARTIGO 1

TÍTULO: Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & saúde coletiva*.

OBJETIVO: Envolver assuntos da saúde, referente a sua promoção, qualificação e a mudança de vida.

ANO: 2000.

ARTIGO 2

TÍTULO: Esculpindo o SUS a golpes de portaria... considerações sobre o processo de formulação das NOBs.

OBJETIVO: Ressaltar as considerações sobre o SUS sua organização, problemas e desafios, envolvendo a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social.

ANO: 2001.

ARTIGO 3

TÍTULO: Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

OBJETIVO: Este artigo trata da descentralização do SUS, particularmente no que se refere à distribuição e ao processo de alocação de recursos para a saúde, nas três esferas de governo.

ANO: 2003.

ARTIGO 4

TÍTULO: Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde.

OBJETIVO: Trazer em destaque os assuntos referentes à Humanização e o cuidado com os usuários, além do processo de trabalho no SUS.

ANO: 2013.

ARTIGO 5

TÍTULO: Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura

OBJETIVO: O estudo teve como objetivo investigar a produção científica sobre Políticas Públicas de Humanização, disponível em periódicos online, no período de 2009 a 2012, na área da saúde.

ANO: 2013.

ARTIGO 6

TÍTULO: O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro.

OBJETIVO: Trazer em discussão A organização do SUS referente ao pacto federativo brasileiro, além da consolidação do mesmo.

ANO: 2017

Fonte: Artigos pesquisados no Google acadêmico e na base de dados SCIELO.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O conceito de Humanização associa-se a inúmeros assuntos e é permeado por indecisões. No entanto, as formas de perceber ou entender este processo não estão dissociadas de suas práticas. A Humanização pode ser entendida como uma ligação entre profissionais e usuários, baseada em ações relacionadas à compreensão e valorização dos sujeitos, refletindo o comportamento ético e humano. Também está associada à qualidade da assistência, o que inclui a valorização dos trabalhadores e o reconhecimento dos direitos dos usuários, de acordo com Garuzi *et al.* (2014) e Fortes (2004).

Humanizar é garantir um atendimento de qualidade com um ambiente mais agradável, mais receptivo, assegurar um bom acolhimento e boas condições de trabalho para os profissionais. A satisfação do usuário é um dos aspectos que define a qualidade do atendimento nos serviços de saúde e muitos profissionais não relacionam este fato ao sucesso do tratamento, denotando uma falha do profissional (QUEIROZ; FARIAS; SANTOS, 2012). Nesse contexto, o HumanizaSUS consiste em um planejamento de Humanização que tem a intenção de alcançar as mais variadas ações e instâncias do SUS, que acontecem nos diferentes níveis de atenção e de gestão. (PELISOLI *et al.*, 2014)

A Humanização do SUS envolve: educação permanente dos profissionais, modelo assistencial, condições de trabalho, direitos dos usuários e avaliação do processo de trabalho, de acordo com Moreira *et al.* (2015) e com Pelisoli *et al.*

(2014). Ainda, entende-se como a valorização dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde. Esses valores incluem autonomia, vínculos solidários, corresponsabilidade, protagonismo e participação coletiva.

No contexto de saúde, a Humanização tem sido abordada com frequência como benefício para a melhoria do cuidado e para a consolidação dos princípios e valores do SUS, sendo ressaltado, desde um discurso que valoriza os aspectos emocionais e subjetivos até os aspectos que envolvem diferenças na gestão e nas práticas de saúde (CASATE, 2012). E de acordo com Campos *et al.* (2005), a humanização está envolvida em dois critérios que seria a saúde e a educação de onde vamos direcionar a avaliação de políticas públicas e a ideia da busca por questões políticas ou algum projeto de saúde.

Na assistência à saúde, a Humanização é uma demanda recente e crescente no Brasil sob uma realidade em que os usuários dos serviços de saúde relataram os maus tratos em que são vítimas; e a mídia acusa pontos negativos dos atendimentos oferecidos à população (HOGA, 2004). De acordo com Rech (2003), é de fundamental importância tratar as pessoas bem levando em conta seus valores e histórias como únicos, evitando quaisquer formas de discriminação negativa, de perda da autonomia, resguardando a dignidade do ser humano.

O SUS tem como diretriz constitucional a descentralização, ao mesmo instante em que, também por questão constitucional, se forma com a consequência da integração das ações e serviços públicos em rede regionalizada e hierarquizada. Por esse motivo, nos últimos anos, ainda que não se trate de uma atualidade, o debate sobre a região de saúde tem ganhado força em razão da falta de se integrar o que a descentralização, por si, aparentemente, dividiu sob o ponto de vista operativo, técnico e organizacional (CARVALHO, 2001). Carvalho e Barbosa, em 2012, corroboraram com uma mesma ideia, trazendo em discussão a extensão da cidadania que foi feita diante da vinculação profissional.

Regionalização da saúde é fundamental para se sair dessa dificuldade de dividir as ações e serviços de saúde, do isolamento, do centralismo federal programático e sem um olhar de planejamento regional. Será pela região que se proporcionará a integração dos serviços ora fracionados, em rede, unindo os municípios de forma sistêmica com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde sem deixar o princípio constitucional da descentralização de

lado (CAMPOS *et al.*, 2005). Viana *et al.* (2008) relataram que a regionalização compõe um dos pressupostos da atual fase de descentralização do Sistema Único de Saúde e é um importante processo para minimizar as grandes desigualdades no território brasileiro.

O atendimento integral excede a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, e perpetua pela qualidade real da atenção individual e coletiva garantida aos usuários do sistema de saúde, exige o compromisso com o contínuo conhecimento e com a prática multiprofissional. Percebe-se também a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade observando o usuário como sujeito histórico, social e político, estruturado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se inclui. Nesta circunstância, demonstra-se a importância de planejar as ações de educação em saúde como elemento principal de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si e da família (MACHADO *et al.*, 2007). Já de acordo com Falkenberg *et al.* (2014), a educação em saúde envolve três questões prioritárias: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que precisa edificar seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente.

Diferentes modelos de sistemas de saúde revelam que sua utilização pode mudar significativamente seguindo algumas características dos indivíduos e dos sistemas, como idade, sexo, renda, raça/cor, escolaridade, tipo de cobertura e serviço utilizado. Isso ocorre mesmo em países mais desenvolvidos, nos quais observa-se desigualdade no acesso. Outro ponto destas desigualdades que tem sido verificado é a cobertura de serviços odontológicos restrita a alguns grupos (SILVA *et al.*, 2011). Pedrosa *et al.* (2012) relataram que na saúde, valor é um conceito com diferentes interpretações, o que atrapalha sua compreensão e ajusta a sua utilização. Além disso, o valor na saúde é pouco citado, e o “valor social”, na forma de melhoria da saúde da população, é um dos objetivos principais de um sistema de saúde.

A organização do sistema de saúde brasileiro está firmada na coexistência de um sistema público, o SUS, que é instruído pelos princípios de acesso universal e igualitário, sem nenhuma contingência, e de uma parte complementar, baseado

principalmente na demanda de seguros e de planos de saúde de forma voluntária ou mediante benefício trabalhista e, em menor escala, pelo pagamento direto no ato do consumo do serviço (SILVA *et al.*, 2011). Os sistemas de saúde são vistos como os que melhor respondem às necessidades da população, e o SUS tem a necessidade de resgatar a saúde como prioridade política, redirecionando o planejamento e reorientando as políticas específicas que visem à melhor qualidade da assistência à saúde ofertada à população. (MIRANDA *et al.*, 2017).

A legislação do SUS regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, sejam elas isolada ou conjuntamente, de forma permanente ou casual, por pessoas jurídicas ou naturais de direito público ou privado. A saúde é um direito essencial do ser humano e é obrigação do Estado garanti-la. Neste contexto, está implicado a formulação e aplicação de políticas econômicas e sociais que tenham como propósito a redução de riscos de doenças e de outros problemas graves, além da formação de condições que garantam acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação (UGÁ *et al.*, 2003). O fortalecimento dos vínculos com as Universidades, podem acabar promovendo articulações intersetoriais, para que a formação dos profissionais seja diferenciada, capacitando-os para atuar na Atenção Integral à Saúde, individual e coletiva. (CECCIM *et al.*, 2002)

A falta da Humanização em saúde está demonstrada na visão da população e de profissionais de saúde frente à dificuldades como insensibilidade profissional, longas filas de espera, tratamentos com falta de respeito, isolamento das pessoas de suas redes sociofamiliares nos procedimentos, consultas, internações e problemas nas condições reais de trabalho (VIEIRA *et al.*, 2018). O Sistema Único de Saúde leva os princípios e diretrizes do que poderia ser a política de humanização da assistência à saúde no país, conferindo o acesso universal, gratuito e integral. (SIMÕES *et al.*, 2007)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os discernimentos adquiridos depois das leituras dos artigos de áreas diversas são, de modo geral, paralelos e estão relacionados à atual Política Nacional

de Humanização. Com isso, observa-se a importância da introdução do estudo da Humanização nos cursos de graduação em saúde, o ensino de humanização está vinculado a Política Nacional de Humanização, sendo realizadas algumas aproximações teóricas com uma ideia que ultrapassa a compreensão do ser humano como individual e do processo saúde-doença como delimitado à dimensão biológica. Assim, em alguns textos que foram lidos e estudados, observa-se a indicação de uma compreensão de ser humano como edificação histórica-social, sendo considerada a sua proporção de sujeito como primordial no cuidado em saúde.

Não foram todos os textos lidos e estudados que demonstraram de forma clara quais as suas idealizações sobre a humanização do cuidado. Isso leva a considerar que é preciso estar ligados, evitando a distorção, banalização ou idealização do termo, pois, no método ensino-aprendizagem, é fundamental que o estudante progrida, mesmo que em nível inicial, alguns elementos teóricos sobre o ser humano que desenvolvam sua visão crítico-reflexiva e a possibilidade de garantir sugestões de humanização do cuidado que realmente levem em consideração os princípios fundamentais do SUS, especialmente no que se trata à integralidade.

Da mesma forma que se refere as práticas de atenção e gestão em saúde, a humanização, muitas vezes, é de difícil compreensão, referindo-se a questões mais complicadas, tornando mais concreto quando vista como política e ação que atuam na transversalidade. Nas práticas de ensino, acontece da mesma forma: a humanização é muito mais que apenas um conteúdo de ensino, pois vai envolver aspectos mais problemáticos como os referenciais filosóficos da formação e as questões políticas, a prática docente, os currículos e os exercícios profissionais no contexto da saúde e educação.

Este artigo também teve como objetivo buscar embasar de forma teórica uma figura da proporção abstrata do profissional e seu impacto na relação que acontece com os usuários dos serviços de saúde. Observa-se que a consideração e o entendimento dessas questões sejam primordiais para a formação de um bom relacionamento entre os profissionais e os clientes de forma apropriada, algo que é muito relevante e fundamental para a humanização da assistência à saúde. O progresso do desenvolvimento dos profissionais, sobretudo daqueles que estão diretamente implicados com a questão do cuidar tornando uma prioridade, tendo em mente os pontos até então discutidos.

Nota-se que tanto os responsáveis pela organização e pelo gerenciamento dos serviços que existem nas instituições, quanto os próprios profissionais são os maiores responsáveis pela busca e pelo acolhimento de medidas que estimulem a promoção do bem-estar físico e emocional deles mesmos e da sua equipe de profissionais, e também como o ambiente de trabalho. Os pensamentos que foram colocados em pauta neste texto são de suma importância para a humanização da assistência à saúde

Uma das partes que exige uma resposta mais rápida, sob penalidade de colapsar o SUS e com ele o direito à saúde, é com toda certeza a divergência, a depreciação e a incerteza dos usuários em relação aos serviços públicos de saúde. Essa circunstância destrói a base de sustentação do SUS, para satisfação dos inimigos da saúde como direito social. É um momento de desorientação no qual todos os defensores do SUS, excepcionalmente os envolvidos na sua estrutura organizacional, têm que demonstrar que o direito à saúde é para os homens, e não para a racionalização do Estado.

Observou-se, também, que o entendimento das circunstâncias por que passa maior parte dos serviços de saúde nos indica que é necessário que se reestruture as práticas diárias da gestão e da atenção à saúde, substituindo culturas institucionais, que lamentavelmente ainda são muito espalhadas entre nós, que tendem, tristemente, deixar a margem as pessoas que fazem uso dos serviços de saúde com o intuito de satisfazer as suas necessidades.

Este artigo teve como objetivo, trazer também a identificação e em que medida uma diretriz de humanização e satisfação pode contribuir ao unir as referências da relevância geral com um argumento crítico e com a ação sobre as limitações diárias existentes nos serviços de saúde. Assim, a humanização radical pode introduzir novas possibilidades de levar as mudanças, fazer acontecer uma mobilização para que novas questões sejam solucionadas e ocorrer o reconhecimento de novas necessidades, deixando em aberto a dimensão do direito à saúde e orientando-o para além das limitações da própria estrutura social e das relações sociais vigentes.

Assim, se dessa forma compreendermos e valorizarmos o fato de que as políticas públicas de humanização da atenção à saúde vêm sendo firmadas nos últimos anos, vamos entender que, para melhor alcançar seus objetivos, devemos

nos basearmos pelo qualificado princípio da humanidade, pelo qual o homem deve ser considerado e visto como o centro da ação ética, e não somente como um meio de satisfação dos interesses das diversas forças e meios sociais operantes na atenção em saúde.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, G. C; Meneguim, S; Lima, S. A. M; & Moreno, V. **Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde**: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, n.1, p.123-127, Rio de Janeiro, fev. 2013.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. **Humanização na saúde**: um novo modismo? v.9, n.17, p.389-406, mar/ago, Rio de Janeiro, mar/ago. 2005.

BESEN, C. B; Netto, M. D. S; Da Ros, M. A; Silva, F. W. D; Silva, C. G. D; & Pires, M. F. **A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde**. *Saúde e sociedade*, v.16, n.1, p.57-68, Santa Catarina, jan-abr.2007.

BUSS, P. M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. *Ciência & saúde coletiva*, v.5, n.1, p.163-177. Rio de Janeiro, 2000.

CAMPOS, G. W. **Humanização na saúde**: um projeto em defesa da vida? Universidade de Campinas. Dissertação, v.9, n.17, p.389-406, São Paulo, mar/ago 2005.

CARVALHO, G. **A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais**, v.6, n.2, p.435-444, São Paulo, 2001.

CASATE, J. C. C. **A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação**. v.46, n.1, p. 219-26, São Paulo, 2012.

CECCIM, R.B.**O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 2, p. 373-383, Rio grande do Sul, 2002.

GARUZI, M; Achitti, M. C. D. O; Sato, C. A; Rocha, S. A; & Spagnuolo, R. S. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n.2, p. 144-149, São Paulo, 2014.

VIEIRA FILHO, L. V; de Sousa, I. F. L; de Vasconcelos, P. H. A; Teles Filho, S; de Faria, M. P; & Araújo, L. C. N. **Estresse e a necessidade da valorização profissional na implantação dos processos de humanização do SUS** (HumanizaSUS). ANAIS DA FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA, v. 1, n. 2, p. 75-81, Recife, 2018.

VIANA, A. L A; MACHADO, C.V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 645-684, Rio de Janeiro, 2008.

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

FALKENBERG, M.B; Mendes, T. D. P. L; Moraes, E. P. D; & Souza, E. M. D. **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 3, p. 847-852, Brasília, mar. 2014.

HOGA, L.A.K. **A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde**: uma reflexão. Rev Esc Enferm USP, v. 38, n. 1, p.13-20, São Paulo, 2004.

MACHADO, M. D. F. A. S; Monteiro, E. M. L. M; Queiroz, D. T; Vieira, N. F. C; & Barroso, M. G. T. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS**: uma revisão conceitual. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 335-342, Fortaleza, abr. 2007.

MALTA, D. C; Castro, A. M. D; Gosch, C. S; Cruz, D. K. A; Bressan, A; Nogueira, J. D; & Temporão, J. G. **A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v.18, n.1, p.79-86, Brasília, mar.2009.

MOREIRA, M. A. D. M; Lustosa, A. M; Dutra, F; Barros, E. D. O; Batista, J. B. V; & Duarte, M. C. S. **Políticas públicas de humanização**: revisão integrativa da literatura. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n.10, p. 3231-3242, Rio de Janeiro, out. 2015.

MIRANDA, G.M.D; MENDES, A.C.G; SILVA, A.L.A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n.2, p. 329-335, Recife, jun. 2017.

PELISOLI, C. Sacco, A. M; Barbosa, E. T; Pereira, C. D. O.; & Cecconello, A. M. **Acolhimento em saúde**: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 31, n. 2, p. 225-235, Campinas, jun. 2014.

PEDUZZI, M. **O SUS é interprofissional**. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, n.56, p. 199-201, São Paulo, jan-mar. 2016.

QUEIROZ, M. L; FARIAS, D.B.L.M; DOS SANTOS, T. A. **Humanização no atendimento odontológico**: acolhimento da subjetividade dos pacientes atendidos por alunos de graduação em Odontologia. *Arquivos em Odontologia*, v.48, n.3, p.151-158, Belo Horizonte, jul-set. 2012.

RECH, C. M. F. **Humanização hospitalar**: o que os tomadores de decisão pensam a respeito? Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: São Paulo, Tese de Doutorado, 2003.

SILVA, Z. P; Z. Ribeiro, M. C. S. D. A; Barata, R. B; & Almeida, M. F. D. **Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)**, 2003-2008. Artigo; *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n.9, p. 3807-3816, São Paulo, set. 2011.

SIMÕES, A. L. D. A; Rodrigues, F. R; Tavares, D. M. D. S; & Rodrigues, L. R. **Humanização na saúde**: enfoque na atenção primária. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 16, n. 3, p. 439-444, Minas Gerais, set. 2007.

UGÁ, M.A; Piola, S. F; Porto, S. M; & Vianna, S. M. **Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n.2, p. 417-437, Rio de Janeiro, 2003.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e atenção básica**: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo. Tese de Doutorado, 2003.

AGRADECIMENTO

Primeiramente quero agradecer ao meu Deus por todas as promessas que foram feitas em minha vida, por todas as vezes que ele esteve ao meu lado me trazendo conforto e segurança para acreditar que eu seria capaz e que meus sonhos iriam se realizar. Quero agradecer ao meu pai Edson Barbosa da Silva, que com todo esforço e dedicação fez de tudo possível e impossível para formar a primeira bacharelada da família, obrigada pai por acreditar em mim. Agradeço também a minha mãe Mary Lucy Bezerra de Oliveira por todas as vezes que se dedicou e confiou no nosso sonho, obrigada mãe por sempre enxergar em mim uma futura Cirurgiã- Dentista de excelência. Agradeço também a senhora Maria Lúcia Bezerra da Silva, minha avó, que contribuiu para construção desse sonho, obrigada vovó por todas as vezes que orou por mim e por todas as vezes que se dedicou. Por fim, quero agradecer a todos os professores que me ajudaram a trilhar esse caminho, me ensinando e me capacitando para exercer essa profissão com qualidade e segurança.