

## EIXO TEMÁTICO 4 | SEGURIDADE SOCIAL: ASSISTÊNCIA SOCIAL, SAÚDE E PREVIDÊNCIA

### HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO A PACIENTES EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

### HUMANIZATION OF CARE FOR PATIENTS IN URGENCY AND EMERGENCY

Karoline Brandão Cavalcante De Almeida<sup>1</sup>

Ana Valéria Matias Cardoso<sup>2</sup>

Marilene Borges de Sousa<sup>3</sup>

Flávia de Sousa Silva<sup>4</sup>

#### RESUMO

O presente artigo tem como objetivo descrever, por meio da literatura científica, acerca da humanização do atendimento a pacientes em urgência e emergência. Trata-se de uma pesquisa de revisão narrativa da literatura, utilizando-se palavras-chaves humanização, profissionais de saúde, humanização, sendo utilizados 12 artigos com a temática. O Atendimento multiprofissional na efetividade das ações de saúde é, um modo de operar os processos de trabalho, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários em cada momento específico. Conclui-se que o profissional de saúde no processo de humanização faz necessárias e evidentes aptidões peculiares assim como conhecer a realidade de sua demanda e das suas possibilidades para melhor atuar no processo de acolher o usuário.

**Palavras-chave:** humanização; profissionais de saúde; usuário.

#### ABSTRACT

To describe, through scientific literature, about the humanization of care for patients in urgent and emergency situations. This is a research of narrative review of the literature, using keywords humanization, health professionals, humanization, using 12 articles with the theme.

<sup>1</sup> Assistente Social do Hospital São Marcos. E-mail: kkarolbrandao@hotmail.com.

<sup>2</sup> Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: anavalerimatcard2@gmail.com.

<sup>3</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. E-mail: marilleneborges@hotmail.com.

<sup>4</sup> Mestre em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí. E-mail: flaviadesousa14@gmail.com.

Multiprofessional care in the effectiveness of health actions is a way of operating work processes, in order to serve everyone who seeks health services, listen to their requests and assume a posture capable of receiving, listening and agreeing on the more complete responses to users at each specific time. Conclusion: It is concluded that the health professional in the humanization process makes it necessary and evident peculiar skills, as well as knowing the reality of their demand and their possibilities to better act in the service of the user.

**Keywords:** humanization; health professionals; usuario.

## **1 INTRODUÇÃO**

A humanização é uma estratégia utilizada como ferramenta de aproximação com um efeito tácito de inclusão, fortalecendo o vínculo e a confiança no serviço ao relatar suas necessidades em sua chegada ao serviço de saúde. A ação do enfermeiro na assistência humanizada na área de urgência e emergência implica-se que o fundamental papel do enfermeiro na sala de emergência é o de uma assistência segura e livre de risco (PEREIRA, 2014).

Contudo na percepção dos usuários o cuidado ofertado pela equipe de enfermagem é qualificado como acelerado e com escassa conversação, o que corrobora divergência entre a assistência prestada e a aconselhada pelas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). O que torna imprescindível a designação dos profissionais para a abrangência da aceção do que é humanização (SILVA, 2011).

Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilidade, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços (direitos), para a continuidade da assistência e estabelecimento de articulações para garantir a eficácia desses encaminhamentos (MOTTA, 2010).

Segundo Guerrero (2013), o atendimento multiprofissional na efetividade das ações de saúde é um conceito frequentemente utilizado para expressar as relações que se estabelecem entre usuários e profissionais na atenção à saúde. No entanto, não se trata de uma simples relação de prestação de serviço. O atendimento multiprofissional na efetividade das ações de saúde implica uma relação cidadã e humanizada, de escuta qualificada.

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) define o termo “atendimento multiprofissional na efetividade das ações de saúde” no campo da saúde como uma diretriz ética/estética/política e como uma ferramenta tecnológica de intervenção

que procura qualificar a escuta, construir vínculos, garantir acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. Trata-se de uma “tecnologia do encontro”, com o objetivo de construir redes e processos de produção de saúde (PEREIRA, 2014).

Com base no exposto o artigo tem como objetivo descrever, por meio da literatura científica, acerca da humanização do atendimento a pacientes em urgência e emergência.

## **2 A HUMANIZAÇÃO E O ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL**

O atendimento multiprofissional na efetividade das ações de saúde, que ganha o discurso de inclusão social em defesa do SUS, um dispositivo capaz de disparar reflexões e mudanças na organização dos serviços de saúde, na retomada do acesso universal, no resgate da equipe multiprofissional e na qualificação das relações entre usuários e Ministério da Saúde lançou em 2004, a diretriz Atendimento multiprofissional na efetividade das ações de saúde com Classificação com profissionais de saúde (COTTA, 2015).

Segundo Junior (2014), o Ministério da Saúde lançou em 2004, a diretriz de Atendimento multiprofissional na efetividade das ações de saúde com Classificação de Risco (ACCR) como um dos instrumentos-chave à modificação do processo de atenção aos usuários. A diretriz referida propõe que o usuário seja acolhido e atendido com base em critérios de avaliação de risco pré-definidos, os quais, por meio da Consulta de Enfermagem permitem a classificação do potencial de agravamento de cada caso em um sistema de cores que significam: Vermelho = Emergência; Amarelo = Urgência; Verde = Menor Urgência; Azul = Não Urgência. Com a aplicação da Classificação de Risco, o ACCR com os profissionais da saúde busca garantir aos usuários a humanização da assistência, a acessibilidade e o atendimento mais acolhedor e menos excludente (VÁSQUES, 2011).

Segundo Silva (2011), a temática da humanização nos serviços de saúde no âmbito hospitalar vem sendo alvo das políticas governamentais brasileira, e o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, vem predominando ações de atendimento e atendimento multiprofissional na efetividade das ações de saúde hospitalar humanizado. A proposta de humanização da assistência à saúde é um valor para conquista de uma melhor qualidade no atendimento ao usuário e sua família, como também proporciona melhor condição de trabalho para o profissional.

O atendimento multiprofissional na efetividade das ações de saúde não é um espaço ou

um local, é uma maneira de expressar as relações que se estabelecem entre usuário e profissional na atenção à saúde, um compromisso em responder às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. O atendimento multiprofissional na efetividade das ações de saúde é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (BRASIL, 2011).

Os profissionais da saúde precisam desenvolver competência para produzir informação de vida e saúde dos usuários, pois é com base nessas informações do que se dá a maneira humanizada do cuidado planejado ao tratamento efetivo, e do atendimento multiprofissional na efetividade das ações de saúde prestadas pelos profissionais da saúde (VÁSQUES, 2011).

Com o surgimento de novas medidas e ações políticas que busquem uma melhoria do atendimento o Ministério da Saúde por meio do SUS preconiza princípios universais de acesso da população aos serviços de saúde com qualidade, na forma de recepcioná-la constituindo-se como pontos importantes a serem considerado processo de humanização, como porta de entrada.

Segundo Ferreira (1975), acolher é recepcionar, promover, receber, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, atender, admitir. Atualmente o primeiro contato do usuário com o profissional de saúde é caracterizado como parte do processo de humanização juntamente com a prestação de serviço, fazendo parte da Política Nacional de Humanização no qual se implica com ênfase uma escuta qualificada, em uma postura ética, com uma visão holística, diretamente caminhando de encontro às necessidades dos usuários ao procurar os serviços de saúde.

Paidéia (2001, p.23) relata em um contexto direcionado ao serviço de saúde que o acolher “deve ser realizado por toda equipe de saúde, receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela”.

O trabalho da equipe que cuida e presta serviços favorecem o acesso otimizando seu serviço, proporcionando uma forma de interação entre profissionais e usuário, evitando desgastes nos demais níveis de atenção, deste modo criando um vínculo, enaltecendo os aspectos sociais, concomitantemente aos aspectos técnicos- científicos (BRASIL, 2004).

O processo de humanização envolve uma corresponsabilidade do profissional quanto do usuário, tornando-se fundamental a observação de uma forma integral da complexidade de

interesses, necessitando muitas vezes um olhar mais qualificado. Pires, (2000), p. 91) enfatiza:

Que é preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais da saúde. Um trabalho que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador, com vistas a superar a realidade majoritária do lócus do trabalho com deformidade (PIRES, 2000, p. 91).

A relação profissional e usuário vêm solucionando um questionamento sobre o desafio de se ter um profissional com certo grau de sensibilidade com o sofrimento do usuário, porém qualificado com um nível maior de atenção e disponibilidade que possibilite o acesso do usuário de forma mais assertiva. Souza (2003) destaca que, trabalhadores mais jovens são mais adequados, para determinadas funções, dada a energia, a disposição necessária das atividades que exercem na assistência aos usuários.

Silva Júnior apud Mascarenhas (2004) avaliam aspectos conceituais e metodológicos onde identificam quatro dimensões do 'humanização': 'acesso' - 'postura' - escuta e atitude profissional, 'técnica' – profissional qualificado para o trabalho em equipe, capacitado com aquisição de tecnologias, saberes e práticas; 'reorientação de serviços' - processo de trabalho de humanização, construindo uma relação de confiança entre profissionais e usuários.

Assim, a 'humanização' é vista como uma triagem qualificada ou uma 'escuta interessada', em identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, com um olhar holístico e ampliando a capacidade do profissional em responder as demandas, reduzindo a centralidade, organizando e orientando para uma melhor utilização do potencial dos demais profissionais.

A humanização no ambiente do serviço de saúde deve ser entendida, com um olhar em várias esferas de igual importância ao mesmo tempo, com um propósito político, ético e estruturalista, de modo a se construir na saúde uma ferramenta intervenção na escuta qualificada, construção de vínculo, garantindo o acesso com sua responsabilização e resolutividade nos serviços oferecidos.

O processo de humanização em saúde procura atender a todos ouvindo suas necessidades, com uma postura acolhedora, capaz de dar ao usuário uma resposta adequada, orientando o usuário e familiares em relação ao serviço de saúde ofertado, de forma articulada garantindo a eficácia das informações estabelecida.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011) preconiza a estruturação de um serviço de saúde ágil e organizado para assumir uma postura de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva eficaz, capaz de resolver a maioria das necessidades de saúde da população, de forma a diminuir os danos e sofrimentos, assim como responsabilizar-se pela oferta para outros pontos humanização e atenção da rede.

A humanização hoje é considerada uma prática de melhoria no atendimento nos serviços de saúde, atividade realizada no cotidiano dos centros de saúde que continuam para a agilidade e organização do processo de trabalho. A implementação da humanização no serviço de saúde promove o aumento de vínculo com o usuário, direcionando suas necessidades, consideradas potencializadoras do cuidado direcionado às necessidades dos usuários.

Quanto a compreensão da população sobre a humanização percebe-se como acesso as ações e serviços de saúde estreitando os laços dos profissionais com a comunidade ampliando o acesso aos serviços como consultas e exames diminuindo muitas vezes o tempo de espera ao atendimento.

A Política Nacional de Saúde é institucionalizada em 2004, pelo Ministério da Saúde, a qual estabeleceu critérios e parâmetros para toda Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo em vista o atendimento das necessidades dos usuários nos serviços de saúde. Um dos parâmetros para a atenção primária, a PNH (BRASIL, 2004) definiu:

Elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde; incentivo às práticas promocionais da saúde; formas de humanização e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, à hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema (BRASIL, 2004, P. 13).

A humanização é vista como um ponto do elo entre os diferentes sujeitos: gestores, profissionais da saúde, usuários e diferentes práticas de cuidado, além de uma das principais mudanças desencadeadas no Sistema Único de Saúde- SUS, tem melhorado na reorganização e mudança do modelo antes usado, facilitando e viabilizando o diálogo entre profissionais de saúde e usuários que precisam (buscam acesso ao do SUS). Sobre isso, Ayres et al., 2006 evidenciam que:

A humanização passa a ser uma ferramenta que irá tecer uma rede de confiança e solidariedade entre as pessoas, entre profissionais de uma equipe, entre essa equipe e a população que ela atende. Por maior que seja o acúmulo de conhecimentos técnicos, eles não são por si só suficientes para produzir saúde, bem-estar, equilíbrio entre aspectos psíquicos, físicos e sociais de uma pessoa ou sociedade. Para construir

uma atenção básica eficiente, se faz necessário redescobrir e refletir sobre a estratégia da humanização, uma vez que a comunidade é um espaço em construção constante e sempre permite o surgimento de erros e acertos (AYRES, et al., 2006).

A humanização em si mostra uma postura mais dinâmica que ultrapassa barreiras impostas na área de saúde, facilitando o diálogo entre o usuário e o profissional de saúde no que tange a escuta de queixas, medos e expectativas, os riscos. A humanização, no entanto, não deve ser limitada ao atendimento do usuário, contudo deve ser expandido a todos os profissionais de saúde, para que possa favorecer o ingresso e a conexão com a comunidade.

Por estarem em contato irrestrito com os usuários, os trabalhadores de saúde deveriam criar e fortalecer a junção com a clientela pertencente a sua área de atuação, além de avaliar as distinções, obrigações e problemas catalogados à saúde dessa comunidade.

### **3 METODOLOGIA**

O desenvolvimento deste estudo utilizou uma revisão bibliográfica, que visa explicar um determinado questionamento de acordo com referencial teórico indexado, constituído através de técnica que reúne e resume o conhecimento construído, por intermédio da análise dos resultados demonstrados em estudos iniciais (LAJATOS, 2011).

Para elaboração deste tipo de pesquisa, foi necessária a leitura de vários trabalhos publicados em artigos científicos de acordo com a proposta previamente selecionada, circundando o caminho metodológico. Para o estudo foram coletadas informações em As bases eletrônicas pesquisadas foram LILACS (Literatura Latino- americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e Pubmed. Seguindo critérios de inclusão. Foram excluídos os estudos em outra língua que não seja o português. Para a realização da pesquisa, foram selecionados os trabalhos que atendessem os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), na Biblioteca Virtual de Saúde: profissional de saúde, humanização, humanização. Ficando apenas 6 artigos no final da busca.

Após a obtenção do material para análise será realizado uma leitura exploratória e analítica, com fichamento das obras através de textos e resenhas de artigos pesquisados. Posteriormente, ocorrerá o fichamento dos artigos em forma de interpretação e/ou crítica da leitura realizada para obter resposta aos objetivos propostos.

### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Após a seleção das publicações que atenderam aos critérios de inclusão foi feita a coleta de dados de interesse (autores, data e periódico de publicação, objetivos, principais resultados) e a análise dos dados. Para tanto, a fonte de pesquisa foi constituída por 12 publicações com um recorte temporal no período significativo de 2010 a 2019, disponível na íntegra no idioma português para que se possam evidenciar com o estudo os avanços em torno do tema abordado. De acordo com os artigos e pesquisas analisadas pôde-se dentro do contexto dos autores fazer uma categorização ao que diz respeito à temática abordada.

#### **4.1 HUMANIZAÇÃO E SATISFAÇÃO DOS PACIENTES**

Ao que diz respeito ao perfil do profissional de saúde no processo de humanização nos serviços de saúde, vale ressaltar que as relações constituídas entre profissionais de saúde e usuários estão entre os contextos mais desafiadores para a reorganização dos serviços de saúde, sendo, dessa configuração, eficazes à íntegra implementação do SUS. Ainda que o Sistema esteja aportado em leis com status de políticas de Estado, a sua materialização ao mesmo tempo pende das relações estabelecidas entre os trabalhadores e os usuários. A organização do procedimento de afazeres do conjunto na ESF, a inclusão com os usuários dos serviços e o desafio de trabalhar procurando a estabilização entre autonomia e responsabilidade não estão sendo ajustados pelos gestores e todos os que atuam na área de saúde (ZOLOLI, 2017).

De acordo com as pesquisas de Delfino et al., (2012) a satisfação dos usuários nos serviços de saúde tem natureza multidimensional, ou seja, um sujeito pode estar contente com um ou mais aspectos de um serviço e/ou seja humanização ou consulta e concomitantemente estar desgostoso com outras extensões de assistência.

Corroborando ainda Machado et al., (2010) os hospitais são empresas complexas e envolvem diversificadas atividades na promoção da saúde. Na área hospitalar os avanços tecnológicos ocorrem com rapidez levando à necessidade de mudança e adaptabilidade. Há exigência para que a prestação de serviços seja resolutiva, com qualidade e baixo custo, principalmente ao que diz respeito à humanização, para que possa impulsionar hospitais a adotarem estratégias de excelência hospitalar, sob o risco de não sobreviverem.

Assevera ainda Veatch (2010) há muitos anos fala-se em melhorar a qualidade da



assistência, porém a diferença é que a partir dos anos de 1990 há instrumentos mais adequados para ajudar neste propósito. Os usuários e profissionais da saúde reconhecem que a atenção médica poderia ser melhor, e em consequência, muitos países propuseram iniciativas de reforma dos seus sistemas de saúde. VEATCH (2010) afirma que os fatores que contribuem para uma melhor oferta do serviço ocorrer por meio de “Maior conscientização dos pacientes, como usuários dos serviços de saúde; Maior atenção para a qualidade em todos os ramos da economia, ao reconhecer que esta é a chave para o êxito à longo prazo; A necessidade de controlar os custos da saúde” (VEATCH, 2010, p. 23).

O autor ainda afirma que quanto mais um paciente sabe de seus direitos aos serviços, mais atenção à qualidade ele terá, ou seja, os pacientes sempre estarão tentos a como são atendidos seja no hospital público ou privado.

Afirma Zobolli (2017) que no Brasil a qualidade no atendimento deixa muito a desejar, sobretudo na questão da humanização e isso ocorre devido às péssimas remunerações, muitas vezes até mesmo as condições ruins de trabalho fazem com que a qualidade no atendimento decaia significativamente.

Complementa Esmeraldo et al. (2012) cresce a demanda por instrumentos que possibilitem a garantia da qualidade dos serviços prestados, para que as empresas tornem-se competitivas e façam frente ao crescente aumento da concorrência no mercado. O Programa Brasileiro de Acreditação surge como uma estratégia governamental para avaliar a qualidade das estruturas físicas e tecnológicas, a qualidade da gestão e da assistência prestada, adotando medidas que apontem para a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros.

Para Schimith (2014), o conceito de qualidade vem sendo discutido em diversas perspectivas. Dentro dessas perspectivas se destacam: a qualidade como pressuposto de excelência; a qualidade como conformidade às especificações; a qualidade como adequação ao uso e a qualidade como valor para o preço.

Fulallio et al., (2010) afirmam que no Brasil, a busca pela qualidade torna-se valiosa se for considerada a situação precária de muitos serviços de saúde, decorrente de recursos insuficientes, utilizados de maneira inadequada; inexistência ou escassa aplicação do planejamento estratégico; falta de sistemas de informações confiáveis; ausência de sistemas de gestão baseados em melhoria de processos e centrados em resultados; carência de indicadores de desempenho; ausência de padrões de qualidade; alto custo da baixa qualidade (desperdício,

(re) trabalho entre outros); inexistência de cultura de qualidade voltada para a satisfação dos clientes.

Segundo Silva et al., (2011), a qualidade de vida está relacionada diretamente com a satisfação dos usuários, pois são dois termos que depende exclusivamente da capacidade dos envolvidos em saber proceder de forma antecipada sob o que podemos construir e contar no futuro. Para atender cada dia mais de maneira eficaz as necessidades e expectativas dos usuários que contribuem de maneira positiva para o desafio de se construir uma comunidade de interesses comuns, distributiva e justa.

Portanto, a melhor maneira de avaliação da qualidade do cuidado é usar instrumentos que contemplem indicadores representativos das três dimensões, de forma que os resultados consigam refletir os efeitos de todos os serviços do cuidado, podendo servir como indicador para a avaliação indireta da qualidade tanto da estrutura quanto do processo.

Dessa forma, Pinafo et al., (2012) relata que o grau de satisfação alcançado é visto como sendo um conjunto de fatores que extrapolam o âmbito eminentemente clínico, perpassando por diversas dimensões tais como estrutura do ambiente, processo da prestação do serviço (atendimento) e resultados obtidos com o tratamento.

Para Souza (2011) capacitar exercitar ou treinar é um artifício de extenso tempo e indeterminado e recomenda que o desenvolvimento de desenvolvuras e aptidões através de modernos costumes, maneiras, informações e treinamentos, o que procede em uma mudança de procedimento dos condutores ante seus comandados e dentro da organização e seus desígnios encaixam prazos mais longos, visando dar ao homem aquelas noções que perpassam o que é constituído na responsabilidade contemporânea, aprontando-o para adquirir colocações do mesmo modo complicadas.

A humanização necessita ser conversado, como uma técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento de atendimento, isto é, em qualquer dos encontros, que são finalmente, os 'nós' dessa imensa rede de conversações que são as ocupações (FORTES, 2014).

Acorda-se Pinafo et al., (2012) que com esse ponto de vista, pode entender-se que a humanização dialogada é aquele em que o profissional se disponibiliza a escuta e a conversa com o usuário, na tentativa de conhecê-lo e, de tal modo, de procurar recursos que atendam suas necessidades, por isso em muitos casos há uma necessidade relevante de que o profissional seja capacitado para isso.

A visão de Silva et al., (2011, p.34) diante a discussão seria o “responder ou explicar algo de maneira cordial” e acolher com simpatia estabelece-se em atuações que transcorrem pela escuta do usuário em suas indigências, ajeitando um passo primordial do ingresso por meio da humanização.

## **5 CONCLUSÃO**

Trazendo para a contemporaneidade e analisando o serviço de saúde atual como um todo, identifica a humanização como ferramenta necessária ao fortalecimento da gestão, pois o processo de acolher se apresenta como diferencial fortalecendo o vínculo da sociedade com resultados mais efetivos atendimento aos usuários. Tal instrumento foca não só na organização, mas torna seus membros mais humanizados, focados e alinhados com suas necessidades e resolutividade da demanda.

O profissional de saúde no processo de humanização visa potencializar seus resultados através de suas competências profissionais, desenvolvendo habilidades, orientando de forma assertiva os usuários utilizando ferramenta de escuta, de acordo com seu perfil, características individuais e principalmente o ambiente de trabalho ofertado. Portanto, a assistência ofertada pelas Doulas e pelos profissionais da saúde deve-se ter a mulher como o foco principal desse cuidado, na perspectiva da prática contextualizada na humanização do parto e Nascimento.

## **REFERÊNCIAS**

AYRES, R. C.; PEREIRA, S. A. O.; ÁVILA, S. M. N.; VALENTIM, W. Humanização no PSF Humanização e Solidariedade. **O mundo da Saúde**. v.30, n.2, p.306-311, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde; 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização-PNH. **Cartilhas da PNH: humanização com classificação de risco**. Brasília (DF); 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

DELFINO, Maria Regina Rufino; KARNOPP, Zuleica Maria Patrício; ROSA, MaryRosane Quirino Polli and PASIN, Roseli Ribeiro. Repercussões do processo de ensinar-aprender em serviços de saúde na qualidade de vida dos usuários. **Trab.educ. saúde**. v.10, n.2, p.315-333, 2012.

DELGADO, Claude. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. São Paulo: Martins Fontes, v.17, n.12, p.36, 2010.

ESMERALDO, GROV, Oliveira LC, Sousa KMM, Araújo MAM, Esmeraldo Filho CE, Viana EMN. Análise da humanização na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário. **Rev APS**, v.20, n.6, p.34-36, 2014.

FORTES, PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do programa saúde da família, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v.20, n.6, p.34-36, 2014.

SILVA, LT, Zoboli ELCP, Borges ALV. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. **Cogitare Enferm**. v.7, n.4, p.19, 2011.

SCHIMITH MD, Lima MADS. Humanização e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. **Cad Saúde Pública**. v.15, n.7, p.25-32, 2014.

SOUZA, MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab Educ Saúde**. V.9, n.3, p.12-15, 2011.

SOUZA, Silvana Regina R. K. **A rotatividade e as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem: um enfoque da ergonomia**. p.139, 2003. Dissertação (Mestrado em Ergonomia) – Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC.

VIELLAS, R.R et al,. A humanização num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ/Abrasco. v.30, n.2, p.89-111, 2015.

ZOBOLI ELCP. Enfermeiros e usuários do programa saúde da família: contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional. **Acta Paul Enferm**. v.20, n.3, p.316-320, 2017.