



## Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado\*

Humanization of health care in the perception of nurses and physicians of a private hospital

Humanización en la atención sanitaria en la percepción de enfermeras y médicos de un hospital privado

Rita de Cássia Calegari<sup>1</sup>, Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo<sup>2</sup>, Marcelo José dos Santos<sup>3</sup>

\* Extraído da dissertação “Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado”, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2012.

<sup>1</sup> Mestre, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil. Psicóloga. Coordenadora Psicossocial do Hospital São Camilo Pompeia, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Professora Associada, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Orientação Profissional, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Professor Doutor, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Orientação Profissional, São Paulo, SP, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** Exploratory, descriptive, qualitative study aimed at checking the meaning of the term *humanization* for nurses and physicians at a private hospital in the city of São Paulo and identify factors that hinder and facilitate humanization in care. **Method:** Exploratory, descriptive, and qualitative study conducted with 19 health care professionals. After data collection, the reports were categorized according to the method proposed by Bardin and analyzed within the theoretical framework of humanization. **Results:** Humanization is related to respect, caring, and empathy. In professional practice, the actions aimed at humanization can be facilitated by organizational culture, but hampered by overwork. **Conclusion:** It is necessary to adopt management policies and actions that provide professionals to meet the expectations of patients and their families in search of humanized care.

### DESCRIPTORS

Humanization of Assistance; Patient Rights; Caring; Nursing Care; Professional-Patient Relations.

#### Autor Correspondente:

Rita de Cássia Calegari  
Rua Januário Cápua, 87 - Bairro do Limão SP/SP  
CEP 02722-130 - São Paulo, SP, Brasil  
ritacalegari@usp.br

Recebido: 30/11/2014  
Aprovado: 18/02/2015

## INTRODUÇÃO

O termo *Humanização* é de difícil conceituação, pois apresenta características subjetivas e complexas<sup>(1)</sup> e, apesar do qualificativo positivo, pode assumir distintos significados, em razão de diferenças culturais e de valores individuais. O que é humanizado para uma pessoa pode não ser para outra.

Na atenção à saúde, esse discurso organiza-se em torno da defesa dos direitos de cidadania e da ética. Relaciona-se com a luta pelos direitos dos pacientes e fundamenta-se na Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pelas Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948<sup>(2)</sup>.

No Brasil, houve uma mudança no acesso à saúde pela população, após a aprovação da Constituição Federal em 1988, que dispõe, no Capítulo II, a saúde como um direito social, e da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei 8.080, de setembro de 1990, que afirma no Título I que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”<sup>(3)</sup>. Não há um Código ou um Estatuto de Direitos do paciente unificado, mas diversas leis e decretos, que promovem e protegem os usuários, inclusive por grupos de patologias, etnias e faixa etária.

Em São Paulo, em 1995, foi emitida a Cartilha dos Direitos do Paciente, elaborada pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo Fórum de Patologias. As diretrizes contidas nessa Cartilha inspiraram a Lei Estadual nº 10.241, de março de 1999, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado de São Paulo<sup>(4)</sup>.

Apesar da importância da humanização, pesquisas realizadas nessa década apontaram que, em relação à satisfação dos usuários dos serviços públicos de saúde, os avanços tecnológicos na área da saúde não foram acompanhados de um atendimento humanizado<sup>(5)</sup>.

Para a população atendida, a desumanização do atendimento à saúde foi decorrente de problemas como as filas, a insensibilidade dos trabalhadores da saúde frente ao sofrimento das pessoas, os tratamentos desrespeitosos, o isolamento imposto ao paciente em relação à sua família e rede social durante procedimentos e hospitalizações, a gestão autoritária e a degradação do ambiente e das relações de trabalho, que expressaram não apenas falhas éticas e individuais, mas, inclusive, a forma de organização do serviço de saúde no Brasil. Assim, o Ministério da Saúde, ao identificar as queixas dos usuários, buscou, em conjunto com a sociedade, maneiras de resgatar e humanizar o atendimento aos usuários<sup>(6)</sup>. Dessa forma, em 2003, foi lançada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH/Humaniza SUS) que, como movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, desdobra-se como política pública de saúde, entendendo a humanização como “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores”<sup>(7)</sup>, visando melhor assistência aos usuários e melhores condições para os trabalhadores.

Considerando a diversidade de conceituação do termo humanização, a importância para a prática profissional e o

reconhecimento da existência de fatores que interferem na sua concretização, este estudo objetivou verificar o significado do termo humanização para enfermeiros e médicos de uma instituição hospitalar; conhecer como enfermeiros e médicos percebem a humanização da assistência na prática profissional e identificar fatores que dificultam e que facilitam a humanização da assistência.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratório e descritivo, realizado em um hospital geral, privado, com orientação religiosa católica. A instituição possui 284 leitos e atende pacientes particulares e de convênios.

Participaram do estudo 19 profissionais, de diversas unidades de atendimento do hospital, com, no mínimo, seis meses de experiência profissional na instituição. A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2011.

Para a coleta dos dados, foi elaborado um instrumento contendo duas partes, uma de caracterização do participante e outra com as seguintes questões norteadoras: *Para você, o que significa o termo humanização hospitalar?* e *Quais os fatores que dificultam e facilitam a humanização da assistência nesta instituição?* Realizou-se um pré-teste do instrumento, sendo feitas as alterações necessárias para melhor compreensão dos participantes. Os dados obtidos no pré-teste não foram utilizados no estudo.

Os discursos foram categorizados de acordo com o método proposto por Bardin<sup>(8)</sup> e analisados segundo o referencial teórico da humanização.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição e da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Processo nº 1.057/2011).

## RESULTADOS

Participaram do estudo 19 profissionais, sendo nove enfermeiros e 10 médicos. Desses, 12 eram do gênero feminino e sete do gênero masculino. O tempo de experiência profissional na instituição foi de 2 a 17 anos e o turno de trabalho diurno prevaleceu entre os sujeitos pesquisados. Quanto ao local de trabalho, quatro participantes atuavam no pronto-socorro adulto; um, no pronto-socorro infantil; cinco, na unidade de terapia intensiva adulto; um, na maternidade; dois, na clínica cirúrgica; dois, na unidade de oncologia; um, na clínica médica; um, na unidade de terapia intensiva neonatal e dois, na unidade da terapia intensiva pediátrica.

Após a análise emergiram as seguintes categorias *Significado do termo humanização hospitalar, Fatores facilitadores para a humanização da assistência e Sobrecarga de atividades como fator que dificulta a humanização da assistência*.

## SIGNIFICADO DO TERMO HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

Nesta categoria, os participantes relacionaram o significado da humanização hospitalar ao respeito, ao acolhimento e à empatia.

Para definir o termo humanização, os participantes utilizaram a palavra *respeito*, expressando-a como o respeito aos cos-

tumes, aos desejos, às crenças e aos valores do paciente. Referiram que a internação do paciente deve conciliar seus hábitos às rotinas assistenciais, exigindo, por parte da equipe, um esforço de adaptação que pode ser traduzido no respeito ao ser humano. Foi evidenciado que as rotinas hospitalares são importantes para a equipe realizar seu trabalho com tranquilidade, mas, para oferecer um atendimento digno e respeitoso ao paciente, é necessário que os profissionais do hospital busquem adaptar essas rotinas às necessidades dos pacientes e dos acompanhantes. Ao respeitar o paciente, os sujeitos acreditam fazê-lo sentir-se de uma forma digna em um ambiente que não é o dele. Assim, além do 'cuidado técnico', deve ser feito um atendimento diferenciado, com atenção às particularidades de cada pessoa.

Para externar o significado de humanização, os participantes referiram, ainda, a importância do acolhimento, explicitando que é preciso acolher o paciente e conhecer o contexto em que está inserido, e não valorizar apenas a sua parte física e a sua doença. Afirmaram ser necessário dedicar tempo e atenção às suas ansiedades e seus temores e que é nessa aproximação do profissional, com gestos de ternura, proteção e preocupação com o paciente, que ocorre a humanização da assistência.

Foi revelado que a humanização também se relaciona com as melhorias das condições do ambiente, que deve ser acolhedor e propiciar conforto para minimizar o sofrimento da experiência de estar doente e hospitalizado, já que o paciente encontra-se distante de seu lar e, muitas vezes, privado da convivência familiar.

Os profissionais destacaram ações que tornam flexíveis algumas das regras do ambiente hospitalar, como a liberação de visitantes fora dos horários preconizados e a presença de acompanhante nas unidades de terapia intensiva. A presença da família é citada como fator importante para o acolhimento do paciente durante a hospitalização.

Em relação à empatia, para os entrevistados, colocar-se no lugar do paciente possibilita assistir melhor a ele. Para alguns profissionais, humanização é a empatia pelo ser humano. É tratar o paciente como se fosse uma pessoa de sua própria família, ou alguém querido, e tratá-lo como gostariam de ser tratados.

#### FATORES QUE FACILITAM A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Dentre os fatores que facilitam a humanização da assistência, foram relacionados aspectos relativos à cultura organizacional, à equipe multiprofissional e à autonomia.

Quanto à cultura organizacional foram citadas a identidade religiosa da mantenedora, a postura da diretoria com os funcionários, a preocupação com a educação para humanização e a implantação de programas de Acreditação.

Foi evidenciado que a humanização é valorizada pela instituição e pelos trabalhadores e que a orientação religiosa é percebida como fator que favorece o tratamento cuidadoso do ser humano. Foi referido que tratar bem pacientes e funcionários faz parte dessa cultura e que, quando os funcionários são bem tratados, eles são estimulados a tratar bem o outro. Consideraram que os treinamentos promovidos periodicamente, além do treinamento realizado na admissão e da contínua orientação, enfatizando aspectos

relativos à humanização, reforçam a postura profissional humanizada. Outro aspecto positivo da cultura da instituição foi a implantação de protocolos assistenciais relacionados ao controle de riscos e segurança do paciente, por estimularem e apoiarem a humanização.

Em relação à equipe multiprofissional, foi revelado que a sua atuação é um fator facilitador para a humanização da assistência. Para os participantes, não bastam bons aparelhos e bons médicos para a prestação da assistência com qualidade e humanização. É preciso a atuação conjunta de médicos, profissionais da equipe de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, nutrição e, inclusive, das equipes de apoio, como a de limpeza. Para os entrevistados, a equipe multiprofissional ajuda-os diante das intervenções necessárias com os pacientes e acompanhantes, contribuindo com as informações e percepções individuais para o cuidado integral do paciente.

No que concerne à autonomia, o respeito à autonomia do profissional por parte da instituição e dos gestores, que se desdobra no respeito à autonomia dos pacientes pelos profissionais, foi considerado facilitador da humanização pelos entrevistados. Para eles, avaliar as necessidades e os desejos do paciente, poder decidir sobre as exceções e permitir que o paciente controle aspectos relacionados à sua vida, sem interferência negativa da instituição, facilita a prática da humanização. Os sujeitos entendem que esse exercício de autonomia profissional requer atenção e análise cuidadosa de cada situação e que agir com autonomia não significa liberar tudo para todos e, sim, tomar a melhor decisão no momento em que ocorre o problema ou a solicitação.

#### SOBRECARGA DE ATIVIDADES COMO FATOR QUE DIFICULTA A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Nesta categoria foi evidenciado que a sobrecarga de trabalho é o componente que mais dificulta a humanização. As escalas de serviços assistenciais enxutas e a grande quantidade de atividades a serem desempenhadas fazem com que seja necessário o estabelecimento de prioridades para a execução do cuidado, não sendo possível o atendimento adequado das demandas do paciente, o que gera estresse nos profissionais. Para os participantes, ainda, a assistência humanizada requer dedicação e, para isso, é preciso tempo e pessoal disponível.

#### DISCUSSÃO

O desconhecimento e o desrespeito dos direitos dos pacientes e a não legitimação de seu poder de escolha podem ser considerados como causas dos processos de cuidado desumanizados. Além disso, os profissionais de saúde precisam compreender que cada paciente é diferente, pois o não reconhecimento dessa singularidade pode conduzi-los a realizar um tratamento padronizado e impessoal.

É importante ressaltar que a padronização do atendimento não se configura obrigatoriamente em um cuidado desumanizado, da mesma forma que um tratamento individualizado não garante uma assistência humanizada<sup>(9)</sup>.

Nesse contexto, o tecnicismo provocou uma mudança na relação entre os profissionais de saúde e o paciente e fez com que esses trabalhadores esquecessem a importância do cuidar, enquanto acolhimento, apoio e conforto durante a internação.

Observa-se que os conceitos de humanização e acolhimento fundem-se. Acolher significa ouvir, oferecer proteção, refúgio e conforto. Para acolher é necessária uma condição emocional de abertura do profissional, para deixar-se *tocar* pela história do paciente, por suas necessidades e anseios, de forma a provocar um comprometimento que está além da técnica e resvala no humano de cada um, desperdiçando o desejo pela resolução dos problemas e referenciando-os quando necessário.

Assim, para que o acolhimento exista, é importante ouvir e dialogar. Cabe ressaltar que, além de ser ouvido, o paciente quer ser atendido em suas solicitações<sup>(10)</sup>. Portanto, quando o acolhimento não traz resolutividade, pode ser fonte de descontentamento para o paciente.

Todas as formas de comunicação (fala, expressões não verbais, audição, escrita e tato) devem ser utilizadas para minimizar os conflitos e beneficiar a relação entre o paciente e o profissional de saúde<sup>(11)</sup>. Para que o esforço em humanizar seja verdadeiro e abrangente, é necessário incluir a totalidade do universo em que os cuidados são produzidos.

Destarte, não pode ser desconsiderado que mesmo bem intencionados e com o desejo de acolher o paciente, os profissionais que trabalham em instituições com recursos escassos, com falta de materiais e problemas nas escalas de serviço, estarão expostos a condições que dificultam prestar a assistência à saúde e que comprometem a qualidade do cuidado e a humanização.

Os entrevistados relacionam a humanização com empatia. Não pode ser esquecido que a empatia requer ampla reflexão, pois as pessoas apresentam sentimentos espontâneos de simpatia (inclinação recíproca entre duas pessoas), antipatia (aversão), apatia (insensibilidade e indiferença) e empatia na relação com os demais.

A dificuldade em sentir empatia, por motivos ou limitações pessoais, pode criar vieses no relacionamento entre profissional e paciente e, em consequência, não contribuir para a assistência digna e respeitosa, prejudicando-a. Em casos excessivos, a empatia pode trazer sofrimento e angústia ao profissional da saúde, tornando seu ofício difícil de suportar emocionalmente, ou, ainda, comprometer a postura profissional e precipitar atitudes que firam a autonomia do paciente ou beneficiem-no em detrimento de outros, agravando injustiças.

Neste estudo, foi explicitado que, ao se colocar no lugar do paciente, praticam o cuidado da forma como gostariam de recebê-lo. É interessante notar que tal ação pode possibilitar a ocorrência de um problema à humanização, já que as diferenças culturais dos indivíduos impossibilitam uniformizar as percepções e, portanto, o que para o profissional é referência positiva de cuidado, na percepção do paciente ou de sua família, poderá ser desumano ou ofensivo.

A empatia não deve ser interpretada como um dom natural ou uma habilidade rigorosamente positiva, mas como uma competência a ser desenvolvida. Receber apoio

e orientação para enfrentar as dificuldades relacionadas à empatia é uma das etapas do aperfeiçoamento profissional.

A cultura organizacional, alinhada a uma identidade institucional religiosa que valoriza o ser humano, facilita a humanização da assistência. No entanto, é importante que a humanização do cuidado configure-se como direito de todos os envolvidos na produção da saúde e não como uma expressão de boa vontade dos profissionais.

Ressalta-se, também, que não é possível a humanização ao paciente se não houver humanização para o trabalhador. Lidar com a dor, a morte e a doença não é fácil ou prazeroso. Muitas vezes, os trabalhadores de saúde angustiam-se diante do sofrimento de seus pacientes e, preocupados em resolver os problemas dos doentes, não compreendem ou descuidam de seus próprios problemas.

De acordo com as diretrizes da PNH, que têm por princípios a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão em saúde e o fortalecimento e protagonismo dos sujeitos, alterar a maneira de trabalhar e interferir nos processos de trabalho no campo da saúde é essencial para a promoção da cultura da humanização<sup>(12)</sup>.

A necessidade de integração dos profissionais, entendida como um grupo de trabalho articulado e contínuo das ações em saúde torna-se evidente quando consideramos as múltiplas necessidades de saúde (biológicas, psicológicas, sociais e culturais).

É a composição heterogênea dos grupos de trabalho da saúde que nutre o processo de humanização, pois reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para busca de soluções compartilhadas<sup>(13)</sup>.

Os saberes dos diversos profissionais e o diálogo entre esses, os pacientes, familiares e gestores possibilitam um entendimento ampliado das individualidades humanas e permite a sinergia necessária para o atendimento das demandas apresentadas.

O parcelamento da atividade de cuidado do paciente que não é realizado por um único cuidador refere-se às numerosas operações realizadas por diferentes trabalhadores que, por se configurar em uma teia de ações diferenciadas, necessita de articulação<sup>(14)</sup>.

O ambiente de trabalho que valoriza as relações entre profissionais e reconhece a importância do desempenho de todos os membros da equipe que prestam cuidados direta ou indiretamente ao paciente, oferece espaço às opiniões das diferentes categorias profissionais, a fim de obter melhores condições de propiciar a humanização da assistência.

O reconhecimento da autonomia das pessoas, além de facilitar a humanização, é questão central, tanto no âmbito moral e jurídico, como na saúde, sendo essa última tradicionalmente regida pelo princípio da beneficência e pela ideia de que o médico é quem toma as decisões.

No contexto em que se discute a autonomia das pessoas, é necessário não pressupor qual é a opinião das partes envolvidas, sobretudo porque na relação entre profissional e paciente os valores podem ser diferentes<sup>(15)</sup>.

Para favorecer a autonomia, os sujeitos envolvidos devem estar prontos para ouvir, para acolher e permitir que

a vontade das partes seja manifestada. A atitude de escuta por parte dos profissionais é, possivelmente, o primeiro passo para a humanização da assistência da saúde.

Muitas situações consideradas desumanas, do ponto de vista do respeito à autonomia do paciente, ocorrem no ambiente hospitalar. Diversas condições clínicas diminuem a autonomia e, mesmo com capacidade de exercitar algum nível de escolha, o paciente é subjugado às determinações da equipe ou da rotina institucional, o que se constitui em um processo de atendimento desumano.

A autonomia do paciente é uma das principais preocupações da ética e não deve enfocar somente as situações de decisão sobre as intervenções de cuidado de saúde que o paciente irá ou não receber<sup>(16)</sup>.

O planejamento e a distribuição dos recursos humanos constituem-se em atividades gerenciais das mais desafiadoras na esfera da assistência à saúde na atualidade. Adequar o quantitativo de profissionais para melhorar a qualidade do atendimento oferecido e a qualidade de vida do profissional com as necessidades crescentes de redução de custos, aumento da competitividade e da oferta dos serviços é uma atividade relevante e essencial para determinar a saúde financeira de uma instituição, bem como seu nível de serviços<sup>(17)</sup>.

Condições inadequadas de trabalho acarretam estresse nos profissionais, e superá-lo depende de fatores intrínsecos e extrínsecos. Existe uma conotação diferente para cada pessoa do que é qualidade de vida, baseada em suas expectativas e necessidades, o que pode dificultar o enfrentamento do estresse de forma institucional, mas que não exige as instituições do compromisso de implementarem programas de assistência ao profissional<sup>(18)</sup>.

## CONCLUSÃO

O significado do termo *humanização* para enfermeiros e médicos está relacionado ao respeito, ao acolhimento e à empatia. Os profissionais percebem que respeitar a individualidade e a cultura do paciente, adaptar as atividades hospitalares às necessidades do paciente, investir na qualidade do relacionamento interpessoal entre paciente e profissional de saúde e não se limitar às necessidades físicas possibilitam a humanização da assistência.

Os fatores identificados como facilitadores à humanização são: a cultura organizacional, a equipe multiprofissional e a autonomia. A orientação religiosa da instituição, os treinamentos promovidos no tema da humanização e da hospitalidade, a participação em programas de Acreditação Hospitalar e o respeito à autonomia dos profissionais foram destacados como pontos positivos da cultura da instituição em relação à promoção da humanização.

A sobrecarga de atividades foi apontada como fator dificultador para o exercício da humanização, em virtude de impedir que os profissionais dediquem tempo e atenção ao paciente, obrigando-os a fazer escolhas em relação às demandas apresentadas, o que impacta no não atendimento das necessidades e expectativas do paciente.

## RESUMO

**Objetivo:** Verificar o significado do termo “humanização” para enfermeiros e médicos de um hospital privado do município de São Paulo e identificar os fatores que dificultam e facilitam a humanização da assistência. **Método:** Pesquisa exploratória, descritiva e de abordagem qualitativa. Foram entrevistados 19 profissionais de saúde e os discursos foram categorizados de acordo com o método proposto por Bardin e analisados segundo o referencial teórico da humanização. **Resultados:** A humanização está relacionada com respeito, acolhimento e empatia. Na prática profissional, as ações que visam à humanização podem ser facilitadas pela cultura organizacional, mas dificultadas pela sobrecarga de trabalho. **Conclusão:** É necessária a adoção de políticas e ações gerenciais que propiciem aos profissionais atender às expectativas dos pacientes e seus familiares para a prestação de uma assistência humanizada.

## DESCRITORES

Humanização da Assistência; Direitos do Paciente; Acolhimento; Cuidados de Enfermagem; Relações Profissional-Paciente.

## RESUMEN

**Objetivo:** Verificar el significado del término “humanización” para las enfermeras y los médicos de un hospital privado en la ciudad de São Paulo e identificar los factores que dificultan y facilitan la humanización en la asistencia. **Método:** Estudio exploratorio, descriptivo y de abordaje cualitativo. Fueron entrevistados 19 profesionales de la salud y los discursos fueron categorizados de acuerdo con el método propuesto por Bardin y analizados según el referencial teórico de la humanización. **Resultados:** La humanización está relacionada con el respeto, la acogida y la empatía. En la práctica profesional, las acciones dirigidas a la humanización se pueden facilitar por la cultura organizacional, pero dificultadas por el exceso de trabajo. **Conclusión:** Es necesaria la adopción de políticas y acciones de gestión que proporcionen a los profesionales satisfacer las expectativas de los pacientes y sus familias en busca de una asistencia humanizada.

## DESCRIPTORES

Humanización de la Atención; Derechos del Paciente; Acogimiento; Atención de Enfermería; Relaciones Profesional-Paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Simões ALA, Rodrigues FR, Tavares DMS, Rodrigues LR. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2007 [citado 2014 out. 05];16(3):439-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/a09v16n3.pdf>
2. Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Saude Soc [Internet]. 2004 [citado em 2011 jan. 25];13(3):30-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/04.pdf>

3. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1990 [citado 2014 ou. 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
4. São Paulo (Estado). Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.
5. Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos Humaniza SUS: formação e intervenção. Brasília: MS; 2010.
7. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed. Brasília: MS; 2008.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Loyola; 2010.
9. Silva FD, Chernicharo IM, Ferreira MA. Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2011 [citado em 2012 set. 18];15(2):306-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a13.pdf>
10. Lima AAF, Pereira LL. Humanização: revendo a ideologia da gestão do serviço. In: Pereira LL, Chanes M, Galvão CF, organizadores. Gestão em saúde, tendências, inovações e perspectivas. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2010. p. 353-66.
11. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 8ª ed. São Paulo: Loyola; 2011.
12. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 2ªed. Brasília: MS; 2011.
13. Rios IC. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2009 [citado 2012 set. 19];33(2):253-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/13.pdf>
14. Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e Processo Grupal. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 105-20.
15. Casado M. Cuestiones bioéticas em torno al envejecimiento. Rev Bioética. 2011;19(3): 697-712.
16. Entwistle VA, Carter SM, Cribb A, McCaffery K. Supporting patient autonomy: the importance of clinician-patient relationships. J Gen Intern Med. 2010;25(7):741-5.
17. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
18. Lourenção LG, Moscardini AC, Soler ZASG. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2010 [citado 2012 fev. 20];56(1):81-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n1/21.pdf>