

# **A HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS GERAIS E ESPECIALIZADOS NO HOSPITAL DE PEDIATRIA: UMA ANÁLISE DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Priscilla Cristhina Bezerra de Araújo  
(Departamento de Psicologia – UFRN)

Luciana Carla Barbosa de Oliveira  
(Hospital de Pediatria Professor Heriberto Bezerra (HOSPED)/ Programa de Pós-graduação de Ciências da Saúde– UFRN)

Eulália Maria Chaves Maia  
(Departamento de Psicologia – UFRN)

## **RESUMO:**

A atual Política Nacional de Humanização (PNH), trouxe em sua abrangência, uma atenção qualificada envolvendo o usuário, o profissional de saúde, a instituição e o gestor. Esta pesquisa objetivou fazer um estudo exploratório acerca da Humanização do Hospital de Pediatria. O estudo foi realizado nas enfermarias e ambulatório da referida instituição, cuja amostra final esteve pautada em 102 usuários, e 43 profissionais de saúde. Esta pesquisa exploratória utilizou como instrumento um questionário semi-aberto constando dados sócio-demográficos, e diretrizes indicativas/avaliativas da humanização. Foi possível perceber que com relação aos usuários (acompanhantes das crianças), apresentaram idade média de 32 anos, de sexo feminino (97%), escolaridade de ensino fundamental incompleto (50%), sobrevivendo com uma renda familiar variando em até 01 Salário Mínimo(51%) e 41% entre 01 a 03. Já os profissionais de saúde apresentaram idade média de 43 anos (78%), de sexo feminino (88%), escolaridade de ensino superior (56,2% no ambulatório e 50% na enfermaria), sob uma renda mensal na instituição variando entre 4 a 6 Salários Mínimo-SM (43,7% no ambulatório e 83,3% na enfermaria). Percebe-se que a comunidade ainda é pouco participativa, tem receio em opinar e se envolver no processo de melhoria. Precisam conscientizar-se de que o serviço de saúde é sim um direito de todos. Percebe-se que o nível de conhecimento sobre o tema é baixo, poucos identificam ou sabem que o serviço ao qual assiste está vinculado a uma Política. A divulgação, a informação de suas ações tem que ser passada de forma clara, precisa, atingindo a todos os níveis sociais. Os profissionais também necessitam de atenção. A equipe de saúde, sem dúvidas, deve estar inserida neste processo, perpassando desde o atendimento as necessidades para um melhor desempenho de suas atividades, assim como um olhar sobre a sua saúde e qualidade de vida. Acredita-se que diante dos resultados, se possa melhor direcionar as ações intervencionistas de modo adequado à realidade institucional, assim como um melhor acompanhamento das diretrizes de humanização sugeridas.

Palavras-Chave: Humanização, Usuário, Profissional de Saúde.

## **INTRODUÇÃO:**

As atividades desenvolvidas pelas Ciências da Saúde muito tem contribuído para o avanço de ações e perspectivas envolvendo prevenção, tratamento, reabilitação, de doenças e outros males que acometem o indivíduo. Contudo, o modelo cartesiano, dicotômico e separatista ainda permanece dificultando a implementação de ações sobre um enfoque integral do sujeito no campo da saúde.

De fato, os avanços puramente tecnológicos e cientificistas são essenciais, no entanto, o espaço destinado à tecnologia humano-social também precisa ser enfatizado (De Marco,2003). Em contrapartida ao modelo reducionista, a Humanização surge enquanto movimento crescente no campo da saúde (unidades básicas, hospitais, serviços, entre outros) abrangendo aspectos globais inerentes aos sujeitos envolvidos no processo do adoecer no hospital (os usuários, os profissionais de saúde, a instituição, seus gestores e a comunidade). Desse modo, há uma tentativa de fazer do hospital um local em que considere o respeito à subjetividade humana e haja uma visão biopsicossocial do ser humano.

O processo saúde-doença não pode se restringir apenas ao orgânico, pois esse processo está intrinsecamente ligado ao contexto sócio-cultural que o indivíduo faz parte. Reduzir o paciente a uma doença é negligenciar o valor da sua experiência subjetiva, que além de alienar o profissional de saúde, tornando-o um mero depositário do saber que o comanda, trazendo graves conseqüências para a relação profissional-paciente (Pitta,1999; Martins,2003).

No que se refere aos profissionais de saúde, estes vêm lidando com fatores diversos no decorrer de seu exercício de trabalho no sistema público. As exigências de trabalho transcorrem desde a produtividade, até a disponibilidade, eficiência e agilidade. Sabe-se que a precariedade dos serviços de saúde pública apresenta-se gravemente afetada considerando, a grande demanda assistida, a insuficiência do número de profissionais no serviço e salários pouco atrativos. Vale ainda ressaltar as condições inadequadas do ambiente insalubre de trabalho, sempre composto por agentes infecciosos interferindo assim na qualidade do serviço oferecido por este trabalhador (De Marco,2003; Yépez, 2004:20; Hoga, 2004:13-20; Solla,2005:493- 503). Em virtude dessa realidade crítica da saúde pública, surge o movimento denominado de Humanização Hospitalar (Mezomo, 2001).

A Humanização na saúde vem imbricada em uma proposta de caráter interdisciplinar, cujo sentido está em reavaliar, sensibilizar, normatizar, organizar as atitudes e condutas em prol da ética e da qualidade dos serviços oferecidos nos hospitais. Considera-se a interação e confluência de áreas como das ciências humanas, sociais, tecnológicas e biológicas, contextualizando e focalizando culturalmente a integralidade, a dignidade e a cidadania (De Marco,2003; Mezomo, 2001).

Atualmente o SUS conta com a Política Nacional de Humanização(PNH), também conhecida como HUMANIZASUS. A PNH visa efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão e fomentar trocas solidárias entre os sujeitos envolvidos. Essa política possui três eixos de sustentabilidade: a interdependência e a complementaridade entre atenção, gestão e os processos de produção; a transversalidade possibilitando abertura da comunicação intra e intergrupos em suas diferentes instâncias; e, a autonomia e o protagonismo dos sujeitos viabilizando a co-responsabilidade, o vínculo e a participação de todos os envolvidos. Tais princípios encontram-se inseridos nas diretrizes de ações do PNH: Clínica ampliada, Co-Gestão, Ambiência, Acolhimento, Saúde do Trabalhador, Defesa dos Direitos dos Usuários, Fomento das Grupidades e Redes Coletivas, e Grupo de Trabalho de Humanização(Hoga, 2004:13-20; Backes,2006:221-7; Solla,2005:493- 503; BRASIL,2006).

Este movimento vai além da rede básica, perpassa também pelas unidades básicas, postos de saúde, Programa de saúde da família (PSF) e Unidades Hospitalares(Hoga, 2004:13-20; Solla,2005:493- 503; BRASIL,2006), sendo o último o campo da pesquisa que foi investigado nesse estudo

O objetivo geral foi analisar a humanização do Hospital de Pediatria Professor Heriberto Bezerra(HOSPED), diante da visão dos usuários e dos profissionais de saúde. Especificamente, verificando como os profissionais de saúde avaliam a relação entre o HOSPED, seus profissionais e usuários, entre os próprios profissionais, e entre estes e os usuários, identificando o reconhecimento das práticas de humanização realizadas na instituição e buscando obter propostas de melhorias de atividades de humanização existentes direcionada a usuários e profissionais.

## **METODOLOGIA**

A pesquisa se constituiu como um estudo exploratório de corte transversal cujo objetivo geral foi analisar o grau de satisfação quanto à humanização oferecida no setor de enfermagem do ambulatório do Hospital de Pediatria Professor Heriberto Bezerra (HOSPED) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, tanto na perspectiva do usuários, como do profissionais de saúde. O estudo foi realizado com profissionais de nível superior (médico, enfermeiro, nutricionistas, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta e fonoaudiólogo) e de nível técnico (auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares e técnicos de nutrição, auxiliar dentário), com vínculo de no mínimo um ano, incluindo terceirizados e efetivos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Neste sentido, o presente estudo alcançou uma meta final de 102 usuários e 43 profissionais da amostra. Vale salientar que a pesquisa de satisfação apresentou um índice significativo de recusas de participação de sujeitos, sendo justificado por vezes o receio em ser “identificado” (mesmo com os devidos cuidados éticos estabelecidos), ou por desmotivação, neste caso abarcando diversos fatores como, por exemplo: a descrença em possíveis resultados e efetivação das intervenções ou a falta de disponibilidade.

Para coleta de dados foi utilizado um questionário semi-aberto, sendo esse diferenciado e adequado à realidade dos profissionais e usuários, pois apesar de abordar a temática em comum, a humanização, existe nuances específicas que se adequam a realidade de cada uma destas categorias estudadas. Optou-se por este tipo de instrumento devido à possibilidade em investigar tanto traços gerais (dados pessoais, nível de instrução, social e profissional) dos sujeitos, quanto de fornecer dados e diretrizes indicativas da humanização pautadas nas cartilhas da Política de Humanização. Outro fator preponderante pela escolha de tal instrumento pela valorização da presença do investigador, podendo anotar dados adicionais, considerados de relevância durante a coleta de dados (Moreira,2005; Trivinões,1987).

A pesquisa possuiu uma abordagem quanti-qualitativa e para o tratamento dos dados foi utilizado o programa SPSS, versão 12.0 para armazenamento de informações e tratamento estatístico dos dados. Já os dados discursivos passaram por uma análise de categorização dos dados, baseada na técnica de Bardin, seguido de tratamento estatístico dos dados (Moreira,2005; Trivinões,1987).

Este trabalho foi aprovado seguindo os padrões, recomendações de ajustamento conforme os parâmetros éticos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte em cumprimento à Resolução No. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/BRASIL, de modo que todos os sujeitos aqui investigados concordaram e assinaram conforme demonstrado no termo de consentimento livre e esclarecido.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES:**

No que diz respeito aos dados sócio-demográficos dos usuários, observou-se que os sujeitos (familiares/acompanhantes das crianças que utilizam o serviço de saúde do HOSPED) apresentaram idade média de 32 anos, (DP = 9,866), são predominantemente do sexo feminino (97%). Com relação ao parentesco da amostra, esse esteve composto por mães (87%), de religião católica, (74,3%), sendo 33,3% solteiros, 31,4% casados e 28,4 em união estável. Quanto à escolaridade 50% tem o ensino fundamental incompleto e 23% médio completo, sobrevivendo com uma renda familiar precária variando em até 01 Salário Mínimo-SM (51%) e 41% de 01 a 03 SM. Esta dificuldade financeira perpassa também pelo alto índice de desemprego destes acompanhantes (58,4%).

Os participantes em sua maioria são provenientes de regiões do interior (62,2%) e apenas 36,7% pertencem a Natal e da Grande Natal. Quanto ao serviço utilizado, esses sujeitos estavam enquadrados no serviço ambulatorial (52,9%), cuja rotatividade é maior, principalmente no período da manhã do que na enfermaria (47,1%), cujo período de internação alcança uma média de 07 dias, considerando a complexidade de crianças com as mais diversas afecções ali tratadas. Mesmo diante da variedade de programas oferecidos pelo HOSPED, os sujeitos relataram não participar de programas de assistência multiprofissional (91,2%). É válido colocar que, deste universo aqui tratado, 65,7% buscam o serviço por encaminhamento profissional e 20,6% por indicação de

terceiros, cuja frequência estimada do uso varia entre mensal (31,7%), primeira vez (24,8%) e semanal (16,8%).

No que concerne aos profissionais de saúde do HOSPED, estes apresentaram idade média de 43 anos (78%), de sexo predominantemente feminino (88%), são casados (56,2% dos atuantes no ambulatório e 64% na enfermaria), cujas religiões são predominantemente católica (43,7% ambulatório e 68% na enfermaria) e evangélica (43,7% no ambulatório e 24% na enfermaria). Quanto à escolaridade a grande maioria tem o ensino superior (56,2% no ambulatório e 50% na enfermaria), sob uma renda mensal na instituição variando entre 4 a 6 Salário Mínimo-SM (43,7% no ambulatório e 83,3% na enfermaria). A carga horária em que a maioria dos sujeitos está submetida está configurada em 40 horas semanais (81,2% no ambulatório e 92,3% na enfermaria), distribuídos geralmente ou em horário comercial ou em plantões. O tempo de exercício na instituição é bastante elevado, já que muitos dos profissionais trabalham há mais de 20 anos (55% no ambulatório e 46,1% na enfermaria), o que caracteriza um alto índice de licenças, absenteísmo e aposentadorias. Vale salientar, que na enfermaria 30,8% trabalham há menos de 5 anos. Esta renovação de pessoal deve-se aos últimos concursos realizados, mas percebe-se que abarcou apenas a enfermaria e não ao ambulatório.

Em um segundo momento no questionário as questões foram direcionadas a temática da Humanização, abordando a avaliação na instituição, identificação de ações de humanização realizadas, assim como foi possível obter sugestões para melhorias no hospital, considerando as realidades tanto do ambulatório quanto da enfermaria.

O termo vinculado à temática da humanização, é um termo ambíguo, de várias definições e entendimentos. Para melhor compreender e analisar seu significado, opinião e importância na instituição, optou-se pelos seguintes questionamentos aos sujeitos: 1) Como você define humanização? 2) Quais as ações de humanização realizadas neste hospital que você conhece? e; 3) O que você sugere como melhoria para humanização no hospital como um todo? Tais indagações fazem jus à proposta deste estudo visto que, uma Política de Humanização necessita estar pautada na construção de um processo participativo e valorativo dos indivíduos envolvidos.

#### **a) Definição do tema: O que é humanização?**

Corroborando com estudos realizados de Hoga (2004:13-20) e Backes (2006:221-7), no que diz respeito à definição do termo Humanização percebe-se a significância entre os funcionários do enfoque valorativo do sujeito, abordando aspectos inerentes ao “ser” humano, ou seja abarcando elementos relacionados à subjetividade do indivíduo (56,2% na enfermaria e 28% no ambulatório). *O próprio termo define “humanizar”, tratar o outro como se fosse você mesmo. Ouvir, dar importância, dar calor humano e acima de tudo trata-lo com dignidade, respeitando seus direitos, limites e subjetividade (P7<sup>1</sup>). É ouvir todos com atenção, tratar bem e respeitar os direitos*

---

<sup>1</sup> No texto existem alguns relatos, a título ilustrativo, de respostas dos Profissionais e Usuários. P refere-se ao profissional de saúde e U ao usuário.

*humanos no que se refere a sua dignidade, amor, respeito e cidadania (P25). Os outros aspectos mais significativos, foram relacionados à qualidade do serviço (28% no ambulatório e 18,5%) e ao acolhimento (28% no ambulatório e 12,5% na enfermaria).*

Com relação aos usuários é notório o desconhecimento do termo (71% no ambulatório e 70% na enfermaria), podendo dar margem acerca da falha na divulgação da Política, não só por parte institucional, mas também através do próprio sistema de saúde, cujas informações ainda são de insuficiente alcance à população conforme citado em algumas respostas: *Não tenho idéia do que seja (U29). Nunca ouvi falar (U37).*

#### **b) Conhece algum trabalho relacionado à humanização no HOSPED?**

A divulgação de ações, atividades, projetos e programas também são de pouco conhecimento tanto entre os profissionais (27,7% no ambulatório e 48% na enfermaria) quanto pelos usuários (79% no ambulatório e 81% na enfermaria).

As atividades de maior divulgação estão relacionadas ao sistema de acolhimento (38,8% no ambulatório e 48% na enfermaria), englobando aqui a contextualização do ambiente, serviços especializados oferecidos, atividades recreativas e educativas e recepção de internos. *“Conheço o serviço de acolhimento da enfermaria, identificação dos pacientes pelo nome, comemoração de datas festivas e o trabalho da brinquedoteca com as crianças na enfermaria e ambulatório” (P21). Acolhimento ao usuário e ao acompanhante, com espaço lúdico para a criança e comemoração de aniversariantes internados na enfermaria (P9).*

Com relação aos usuários, a divulgação de ações e suas propostas também são restritas. Dados demonstram que uma gama significativa não tem conhecimento sobre as atividades de humanização. Tal dificuldade em reconhecer ou identificar tais projetos, vêm também em virtude de não saber do que se trata a humanização, já que como relatado anteriormente, muitos não sabem a definição da proposta Política.

#### **c) Que sugestões propõe para melhorias?**

Conforme solicitado aos sujeitos no que se trata de sugestões para melhorias na instituição, percebe-se uma certa variedade de necessidades entre as categorias dos sujeitos.

Com relação aos funcionários predominou necessidades de melhorias em ações junto aos profissionais de saúde (30% no ambulatório e 42,3% na enfermaria). Dentre estes se engloba aqui, cursos, capacitações, cuidados à saúde do trabalhador, ergonomia, qualidade de vida e lazer. Tais dados vêm a corroborar com estudos já realizados por Pitta (1999), Hoga, (2004:13-20) e Backes (2006:221-7).

A Gestão participativa também merece destaque (30 % do ambulatório e 36% na enfermaria). A humanização está em uma proposta além de uma determinação legal, regulamentada enquanto lei. Existe sim a necessidade e compromisso do estabelecimento de relações horizontais, participativa entre os sujeitos. Os gestores necessitam conhecer as necessidades institucionais e um dos reflexos está na escuta de todos. Pesquisas periódicas

de satisfação ajudam a verificar suas melhorias, atua como um “termômetro” da adequação e institucionalização de suas atividades. Tais ações precisam deixar de ser pontuais, realizadas por pequenos grupos da equipe de saúde, mas sim ampliada envolvendo todos, dos gestores à comunidade. A coletividade precisa entrar em ação.

Apesar de uma amostra significativa dos usuários optarem por não dar sugestões (10% no ambulatório e 19,2% na enfermaria), surgiram algumas necessidades que merecem ser apontadas, como por exemplo o acolhimento com questões vinculadas ao atendimento e resolutividade. (...) *Precisa de mais oportunidade para as pessoas marcarem consultas de forma mais direta. Falta equipamento para realização de todos os tipos de exames, por ser hospital de referência. U4. (...) ter treinamento para os funcionários falando sobre humanização, ter mais fiscalização sobre os atendimentos realizados com os pacientes para ver se estão acontecendo de forma certa. U1.*

A ambiência também foi outro aspecto abordado pelos usuários (27% no ambulatório e 30,7% na enfermaria). *Precisa de banheiro, televisão para as crianças assistirem enquanto esperam, U39. A limpeza daqui precisa melhorar, passar mais vezes. As crianças e até as mães sujam muito. A frente do hospital é feia, nem parece hospital. Quando entra melhora, é mais bonito, U26.*

Observa-se nestes relatos e em dados anteriormente demonstrados que existe uma aceitação “implícita” ou até mesmo “camuflada” sobre a qualidade dos serviços oferecidos. O sistema público traz ainda para a população a concepção do oferecimento de um atendimento “gratuito”, passando muitas vezes a idéia de um “favor” prestado à população carente.

A comunidade ainda é pouco participativa, tem receio em opinar e se envolver no processo de melhoria. Precisam conscientizar-se de que o serviço de saúde é sim um direito de todos. Percebe-se que o nível de conhecimento sobre o tema é baixo, poucos identificam ou sabem que o serviço ao qual assiste está vinculado a uma Política. A divulgação, a informação de suas ações tem que ser passada de forma clara, precisa, atingindo a todos os níveis sociais.

Os profissionais também necessitam de atenção. A equipe de saúde, sem dúvidas, deve estar inserida neste processo, perpassando desde o atendimento as necessidades para um melhor desempenho de suas atividades, assim como um olhar sobre a sua saúde e qualidade de vida.

Sabe-se que o processo de humanização não se faz com atividades “paliativas”; requer inicialmente uma postura ética de todos que se encontram inseridos na assistência e atendimento. Dentre os aspectos necessários à humanização, também constam melhorias e manutenção de condições de trabalho tais como: materiais, quantitativo de profissionais proporcional à média de demanda de pacientes, pagamento digno, capacitação, comunicação, relações humanas, benefícios, dentre outros (Pitta,1999; Martins,2002:18 e BRASIL,2002). De fato, ser profissional de saúde não é uma tarefa fácil. Além da pressão diária trazida pelas atribuições, existem outros aspectos inerentes que influenciam desde o seu modo de se relacionar com o próximo até a sua saúde emocional.

Diante dos aspectos supracitados, vale ainda salientar que é extremamente importante que os gestores tenham a consciência do reflexo positivo que estes aspectos supracitados incidem sobre a qualidade assistencial. Sabe-se ainda que a conduta que um profissional de saúde pode ter sobre o paciente requer não só uma “postura” ética e de qualidade, mas também exige condições humanizadas no hospital de uma forma mais ampla.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

São praticamente inevitáveis os conflitos no âmbito da instituição hospitalar, no entanto, são muito mais previsíveis e solucionáveis quando a organização tem uma estrutura participativa dotada de canais de expressão livres e acessíveis a todos que dela fazem parte. Diante desse quadro, observa-se a importância da interação, da comunicação e do vínculo no cenário hospitalar, como veículos de implementação do processo de humanização da assistência. O nível das relações que se estabelecem no âmbito institucional pode variar a depender do contexto da instituição, bem como dos sujeitos que se relacionam.

Os profissionais de saúde lidam com fatores diversos no decorrer de seu exercício de trabalho. As exigências transcorrem desde a produtividade, até a disponibilidade, eficiência e agilidade. A demanda assistida é enorme, o número de profissionais é insuficiente, os salários são pouco atrativos. Os índices de absenteísmos e proximidade do período de aposentadoria também aumentam, e com isso a sobrecarga no trabalho dos que continuam a jornada aumenta. Conseqüências como baixa produção, insatisfação, aumento do custo operacional e dificuldades de substituições nas escalas já firmadas, são inevitáveis. Tais fatores dificultam não só a qualidade da assistência, mas também trazem prejuízos à qualidade de vida deste trabalhador.

Considerar opinião do conjunto de sujeitos atuantes e co-participantes na instituição de saúde, independente de suas atribuições, é de grande valia pois abre espaço para a efetivação de uma gestão co-participativa, promovendo uma boa relação entre todos. A expressão de satisfação e necessidades subjetivas torna-se essencial na medida em que se almeja a execução de um trabalho de qualidade e harmonioso.

Ter a consciência da clientela assistida colabora no estreitamento de vínculos entre o profissional e usuário, elementos essenciais da humanização. Perceber e planejar o cuidado requer uma visão holística, abrangente.

A ambiência é outra em face de ser considerada. Um ambiente limpo, higienizado, sinalizado, com materiais e estrutura adequados refletem em uma visão positiva e harmônica do local.

Mascarar não adianta. Ter a consciência de suas possibilidades e limitações é essencial. Todos os sujeitos são co-responsáveis, (incluindo os gestores) pela adoção de medidas que favoreçam a promoção do bem estar bio-psico-social assim como do contexto: O HOSPITAL



## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

- BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização do SUS. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil. 2006.1. Pitta, A. M. F. Hospital: dor e morte como ofício. 3ª ed. – São Paulo: Hucitec, 1999.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Pesquisa de Satisfação do Usuário e dos Profissionais de Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil. 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – projeto piloto. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil. 2000Costa ES, Martinez MAR. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. Cadernos de Saúde Pública. 2000, 16 (2).
- De Marco, M. A. A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- Hoga, LAK. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2004, 38 (1): 13-20. 5.
- Backes S D, Filho WDL, Lunardi VL. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2006, 40 (2): 221-7. Martins, MCFN. Humanização na Saúde: relação médico-paciente no microscópio. Revista Ser Médico. 2002, 5 (18).
- Martins P. Contra a Desumanização da Medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes, 2003.
- Mezomo J C. Hospital Humanizado. Fortaleza: Ed Premium, 2001.
- Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2005, 5 (4): 493- 503.
- Moreira ASP. Perspectivas Teórico- Metodológicas em Representações Sociais. João Pessoa: UFPB, 2005.
- Trivinhos ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a perspectiva qualitativa em educação. São Paulo: Atlas. 1987.
- Yépez, M. T., Morais, N. A. Reivindicando a Subjetividade dos Usuários da Rede Básica de Saúde: para uma Humanização do Treinamento. Cadernos de Saúde Pública. 2004, 20, (1).