

ÍNDICE DE HUMANIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO NORDESTINO DO BRASIL

Index of humanization of basic health units in a municipality in northeastern Brazil

Índice de humanización de las unidades básicas de salud en un municipio del noreste de Brasil

Amanda Emanuelle Maria Santos Moreira¹

Ricardo Fontes Macedo²

Maria das Graças Monte Mello Taveira³

RESUMO

O presente trabalho objetivou mensurar o índice de humanização das Unidades Básicas de Saúde em um município nordestino do Brasil. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e de levantamento de campo, com a utilização de questionários validados e que foram aplicados aos trabalhadores, usuários e gestores das Unidades Básicas de Saúde, entre abril e junho de 2024. Obteve-se uma participação de 207 pessoas, sendo 61 trabalhadores, 138 usuários e 08 gestores. O índice de humanização foi classificado como muito bom na atenção primária à saúde do município, apresentando o valor de 0,82 para o índice e os valores 0,83, 0,80 e 0,84 para as dimensões avaliadas: trabalhadores, usuários e gestores, respectivamente. A partir dos resultados, é possível gerar reflexões sobre as práticas que estão sendo desenvolvidas. Visando o aprimoramento da atenção primária à saúde, sugere-se a capacitação dos trabalhadores inseridos neste nível de atenção, quanto ao tema desta pesquisa.

Palavras-chave: Humanização dos serviços. Estudo de avaliação. Gestão em saúde.

¹Mestra em Saúde da Família.
Universidade Federal de Alagoas, Maceió,
Alagoas.

²Doutor em Ciência da Propriedade
Intelectual. Universidade Federal de
Alagoas, Maceió, Alagoas.

³Doutora em Ciências da Saúde.
Universidade Federal de Alagoas, Maceió,
Alagoas.

Autor de Correspondência:

*Amanda Emanuelle Maria Santos Moreira. E-mail: amandaemsm@gmail.com

ABSTRACT

This study aimed to measure the humanization index of Basic Health Units in a northeastern Brazilian municipality. It is a quantitative, descriptive field survey study using validated questionnaires applied to workers, users, and managers of the Basic Health Units between April and June 2024. A total of 207 people participated, including 61 workers, 138 users, and 8 managers. The humanization index was classified as very good in the municipality's primary health care, presenting a value of 0.82 for the index and values of 0.83, 0.80, and 0.84 for the evaluated dimensions: workers, users, and managers, respectively. Based on the results, it is possible to generate reflections on the practices being developed. To improve primary health care, it is suggested that workers at this level of care receive training on the topic of this research.

Keywords: Humanization of services. Evaluation study. Health management.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo medir el índice de humanización de las Unidades Básicas de Salud en un municipio del noreste de Brasil. Se trata de un estudio de campo cuantitativo y descriptivo que empleó cuestionarios validados, aplicados a trabajadores, usuarios y gestores de dichas unidades entre abril y junio de 2024. Participaron un total de 207 personas: 61 trabajadores, 138 usuarios y 8 gestores. El índice de humanización de la atención primaria de salud en el municipio se clasificó como "muy bueno", con una puntuación global de 0,82 y valores de 0,83, 0,80 y 0,84 para las dimensiones evaluadas (trabajadores, usuarios y gestores, respectivamente). Estos resultados sirven de base para reflexionar sobre las prácticas actuales. Para mejorar la atención primaria, se recomienda que el personal de este nivel asistencial reciba capacitación sobre la temática abordada en el estudio.

Palabras clave: Humanización de los servicios. Estudio de evaluación. Gestión sanitaria.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (PNH/Humaniza SUS), lançada pelo Ministério da Saúde do Brasil, é aplicada seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em que busca enfatizar a necessidade de assegurar uma atenção integral à população e ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas¹.

Essa política tem como objetivo provocar novas práticas de gestão e de produção da saúde, propondo para os diferentes sujeitos implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder, para que haja o equilíbrio de forças².

Por ser uma política de saúde, a humanização deve ser colocada no contexto das avaliações, para dar visibilidade às prioridades, permitir uma maior aproximação com a realidade e fornecer elementos para o planejamento e estratégias de implantação das ações de saúde^{1,3}.

O Índice de Humanização dos Serviços de Saúde (IHS) consiste num conjunto de variáveis baseadas nos princípios da PNH e que podem ser utilizadas como parâmetros de avaliação das ações de humanização nos serviços de saúde. O IHS é um instrumento validado de pesquisa quantitativa, destinado a mensurar o grau de humanização dos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção³⁻⁴.

O IHS apresenta uma variação de 0 a 1, de modo que quanto mais próximo de 1, mais positivas são as percepções sobre determinada dimensão da PNH, a saber: dimensão trabalho, dimensão gestão e dimensão usuário. Cada uma dessas três dimensões representa um indicador: Indicador de Percepção sobre Humanização no Trabalho (IPH-T); Indicador de Percepção sobre Humanização na Gestão (IPH-G); Indicador de Percepção sobre Humanização no Atendimento ao Usuário (IPH-U). A junção dos três indicadores compõe o IHS⁵.

Um estudo de revisão sistemática sobre a humanização dos serviços de saúde na América Latina verificou a existência de uma lacuna com relação à avaliação de políticas e programas de humanização, quanto a sua efetividade e implementação, e a existência de outra lacuna com relação a instrumentos padronizados utilizados para mensurar dimensões e comportamentos (conhecimentos, atitudes ou práticas) relacionados à humanização em saúde⁶.

No contexto da atenção primária, a Estratégia Saúde da Família é espaço propício para a reorientação do modelo assistencial e, portanto, para a implantação de um modelo de atenção à saúde humanizado, com práticas profissionais que tenham potencial de transformação (centradas no vínculo, na responsabilização, na integralidade e no trabalho em equipe); que respeitem o cidadão; e que elevem a qualidade dos serviços⁷⁻⁸. Nesse sentido, para efetivar essa reorientação e promover mudanças nos modelos de atenção e gestão em saúde, é oportuno apostar na implantação dos dispositivos que norteiam a PNH⁹.

Assim, ao considerar a importância das ações de humanização e a necessidade de sua avaliação, enquanto política pública, este estudo objetivou mensurar o índice de humanização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em um município nordestino do Brasil, através da obtenção do IHS e de suas três dimensões avaliativas (IPH-T, IPH-G e IPH-U).

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e de levantamento de campo¹⁰, realizado entre abril de 2024 a junho de 2024. Os locais da pesquisa foram as oito UBS, localizadas na zona urbana e rural do município¹¹.

Utilizados questionários validados que foram aplicados aos trabalhadores, gestores e usuários das UBS, sendo um questionário para cada dimensão avaliada (trabalho, gestão e usuário)⁵. Nos questionários, foram utilizadas escalas ordinais, tipo *Likert*, com cinco opções de resposta (discordo totalmente, discordo parcialmente, concordo parcialmente, concordo plenamente, não quero responder), em que duas levam a uma avaliação negativa, duas a uma avaliação positiva e uma opção referente ao desejo de “não querer responder à pergunta”. Para cada dimensão, há um conjunto de perguntas capazes de estimar o seu conteúdo. Tais perguntas permitiram que os respondentes expressassem suas opiniões a respeito de situações ou condições, relacionadas às diretrizes da PNH (representadas pelos valores das variáveis), presentes nas UBS pesquisadas.

Os participantes do estudo foram profissionais e gestores que trabalham nas oito UBS, e usuários dos referidos serviços. Para o tamanho da amostra, relacionado aos profissionais e gestores, foi considerado todo o universo desses trabalhadores. Em julho de 2023, dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) indicaram um total de 102 profissionais da Estratégia Saúde da Família, distribuídos nas oito UBS presentes no município. E cada uma dessas unidades continha um profissional responsável pela sua gestão, totalizando oito gestores.

Para os usuários, foram considerados aqueles com cadastro ativo nas UBS, e faixa etária entre 20 a 59 anos de idade (grupo etário representativo da população adulta)¹²⁻¹³. Justifica-se a limitação da faixa etária para que as respostas pudessem ser mais homogêneas. Em abril de 2023, dados da SMS indicaram um quantitativo de 13.348 usuários, com essas características, distribuídos nas oito UBS.

Para o cálculo do tamanho dessa amostra foi utilizada a fórmula para variáveis quantitativas^{5,14}, população finita, nível de confiança (90%), erro amostral máximo tolerado (7%) e desfecho erro x acerto de 50%, obtendo-se uma amostra de 137 usuários. Visando uma melhor distribuição deste quantitativo amostral entre as UBS, a amostra foi aumentada para o subsequente número inteiro com divisão exata por 8, obtendo-se o valor de 144 usuários. Então, a pesquisa foi estimada para ser realizada com 18 usuários de cada UBS. A forma de coleta dessa amostra foi por conveniência, levando em consideração os critérios de inclusão da pesquisa. Justifica-se essa forma de coleta pela acessibilidade da pesquisadora aos participantes da pesquisa¹⁴.

Os critérios de inclusão para os participantes da pesquisa foram: a) para os profissionais de saúde e gestores: ser profissional da Estratégia Saúde da Família; ter formação em nível médio ou superior; ter vínculo

empregatício com a prefeitura; b) para os usuários: ter entre 20 e 59 anos de idade; estar em atendimento nas UBS estudadas; estar consciente, orientado psiquicamente e em condições clínicas favoráveis. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao aceitar participar, espontaneamente, da pesquisa, após ser informado sobre a mesma.

Para a mensuração do índice de humanização foi necessário obedecer aos seguintes passos: 1) Cálculo do escore de cada quesito/pergunta; 2) Cálculo do valor do índice de cada variável da PNH; 3) Cálculo do valor do índice para cada dimensão (trabalho, gestão e usuário); 4) Cálculo do valor do IHS.

Inicialmente as respostas de cada pergunta foram codificadas na planilha eletrônica Microsoft Excel e, posteriormente, realizado o cálculo dos escores, em que os dados categóricos da escala ordinal de *Likert* foram transformados em dados numéricos.

Em seguida, o valor do índice de cada variável, nas três dimensões, foi calculado com base no conjunto de perguntas responsáveis por sua mensuração. Para isso, foi calculada a média aritmética dos escores das perguntas de cada variável e aplicada uma fórmula, que converte os valores entre 0 e 1. Quando este valor se aproximar de 1, o índice indicará a melhor situação, e quando ele se aproximar de 0, tenderá para a pior situação⁵.

O passo seguinte foi calcular o valor do índice de cada dimensão (trabalho, usuário e gestão). Os valores foram obtidos por meio de média aritmética, com base nos valores das variáveis organizacionais correspondentes para cada dimensão. A composição do índice final (IHS) foi obtida por meio da média aritmética dos indicadores nas três dimensões. Os valores encontrados foram interpretados a partir da escala categórica⁵, conforme é apresentada na tabela 1.

Tabela 1 - Escala categórica do IHS. São Paulo, SP, Brasil, 2015

Excelente	0,90 a 1,00
Muito Bom	0,80 a 0,89
Bom	0,60 a 0,79
Ruim	0,40 a 0,59
Muito Ruim	0,20 a 0,39
Péssimo	0,00 a 0,19

Fonte: Souza (2015)⁵.

Com relação aos aspectos éticos, a pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, conforme Parecer nº 6.744.416.

RESULTADOS

Atendendo aos critérios de seleção da amostra, dos 254 participantes inicialmente previstos, obteve-se uma participação de 207 pessoas, sendo 61 trabalhadores, 138 usuários e oito gestores. Dentro da população elegível a participar da pesquisa, na categoria trabalhadores 41 estavam de férias, ou afastados do serviço, ou não estavam presentes nas UBS nos momentos da coleta dos dados, ou não quiseram participar. Na categoria usuários houve um déficit de seis usuários da zona rural, em razão de decretos de lutos oficiais e de pontos facultativos, que ocasionaram uma limitação de dias oportunos para a coleta dos dados nessas áreas de difícil acesso.

As perguntas que obtiveram pontuações mais altas foram: autonomia para organizar e executar o trabalho (escore 10,00 na dimensão trabalho); atendimento digno e respeitoso (escore 10,0 na dimensão usuário); e atendimento acolhedor e resolutivo, política de redução das filas, e liberdade de expressão de crenças religiosas (escore 10,00 na dimensão gestão).

Enquanto que as perguntas que obtiveram pontuações mais baixas foram: identificação dos profissionais (escore 2,79 na dimensão trabalho); participação na gestão (escore 5,55 na dimensão usuário); e horizontalização das linhas de mando (escore 6,00 na dimensão gestão).

Nas tabelas 2, 3 e 4, observam-se os índices de cada variável já convertidos entre 0 e 1, e o valor do indicador de cada dimensão pesquisada (trabalho, usuário e gestão). A tabela 2 refere-se ao indicador de percepção da humanização no ambiente de trabalho e foi possível observar que o valor final do IPH-T de 0,83 classifica-o como “muito bom”.

Tabela 2 - Indicador de Percepção sobre Humanização na dimensão Trabalho (IPH-T). Joaquim Gomes, AL, Brasil, 2024.

Variável	Índice
Fator geral de adequação à PNH	0,60
Satisfação com o trabalho e reconhecimento profissional	0,79
Comunicação e apoio da gestão	0,90
Condições ambientais e recursos materiais para o trabalho	0,85
Conhecimento da área adstrita da unidade e rede de atenção do município	0,83
Oportunidade de participação e conhecimento do escalão hierárquico	0,98
Cobertura a outros setores	0,84
IPH-T	0,83

Fonte: Os autores (2024).

A tabela 3 refere-se ao indicador de percepção da humanização no atendimento ao usuário e expõe o valor final do IPH-U de 0,80 classificando-o como “muito bom”.

Tabela 3 - Indicador de Percepção sobre Humanização na dimensão Usuário (IPH-U). Joaquim Gomes, AL, Brasil, 2024.

Variável	Índice
Visibilidade da PNH no serviço	0,46
Resolutividade e confiança no serviço	0,89
Acolhimento	0,98
Informações prestadas ao usuário	0,90
Sigilo e confidencialidade	0,99
Ambiência	0,75
Conhecimento e identificação dos profissionais	0,65
IPH-U	0,80

Fonte: Os autores (2024).

A tabela 4 refere-se ao indicador de percepção da humanização na gestão dos serviços de saúde e mostra o valor final do IPH-G de 0,84 classificando-o como “muito bom”.

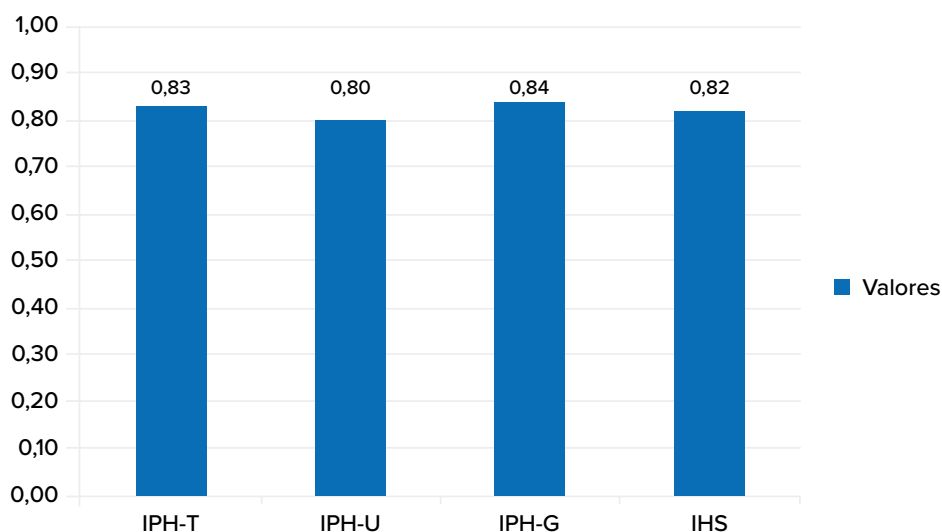
Tabela 4 - Indicador de Percepção sobre Humanização na dimensão Gestão (IPH-G). Joaquim Gomes, AL, Brasil, 2024.

Variável	Índice
Visibilidade dos princípios da PNH no serviço	0,78
Impacto das diretrizes da PNH na gestão do serviço	0,74
Acesso a serviços religiosos	1,00
IPH-G	0,84

Fonte: Os autores (2024).

A composição do índice final (IHS) obteve o valor de 0,82. Com isso, o índice de humanização foi classificado como “muito bom” na atenção primária à saúde, das UBS do município, conforme consta no gráfico 1.

Gráfico 1 - Indicadores de Percepção da Humanização nas três dimensões (IPH-T, IPH-U e IPH-G) e Índice de Humanização dos Serviços de Saúde (IHS). Joaquim Gomes, AL, Brasil, 2024.



Fonte: Os autores (2024).

DISCUSSÃO

A classificação do índice de humanização nas UBS como “muito bom” pode ser explicada pelo fato de o município dar destaque à temática da humanização dos serviços de saúde, de maneira mais sólida, desde o ano de 2019. Neste período, o município ofertou cursos de aperfeiçoamento aos seus trabalhadores, para a abordagem de questões relacionadas à humanização em saúde, com o objetivo de aperfeiçoar o atendimento do SUS e fortalecer o trabalho em equipe, especialmente na Atenção Primária à Saúde, dando também importância para a qualidade de vida do servidor¹⁵.

Esse resultado pode ser útil para demonstrar a eficácia da implantação da Política de Humanização na atenção primária do município, uma vez que o instrumento utilizado na coleta de dados deste estudo foi construído a partir dos princípios e diretrizes da PNH, e validado por especialistas^{3,5}. A avaliação é parte essencial na implementação de políticas ou programas, dentro da qual devem ser considerados os diferentes aspectos da proposta (dessas políticas ou programas) e a forma como ela é realizada, ou seja, como ela funciona na sua prática⁶.

Com a aplicação dos questionários foi possível ter noção dos comportamentos (conhecimentos, atitudes ou práticas) de humanização existentes dentro das UBS do município, fornecendo, com isso, medidas objetivas e úteis para as tomadas de decisões locais. O fato dos indicadores de percepção sobre humanização no trabalho, no atendimento ao usuário e na gestão terem sido todos classificados como “muito bom” demonstra uniformidade no entendimento pelos três sujeitos envolvidos no cuidado (trabalhadores, usuários e gestores).

As primeiras variáveis de cada dimensão (trabalho, usuário e gestão) estão relacionadas ao grau de adequação às diretrizes da PNH e à visibilidade desta nos serviços de saúde, sendo consideradas o primeiro fator de importância para a humanização em tais serviços⁵. Na pesquisa, esta visibilidade demonstrou sofrer influência dos princípios e dispositivos da PNH mais conhecidos, e que já estão implantados no serviço de atenção primária, como: acolhimento; classificação de risco; clínica ampliada e compartilhada; defesa dos direitos dos usuários; outros.

Na percepção dos trabalhadores, os quesitos que obtiveram menor pontuação dentro da variável de adequação do serviço às diretrizes da PNH foram: a identificação dos profissionais e a oferta de plano de carreira pela instituição de saúde. Estas lacunas identificadas estão relacionadas, respectivamente, ao princípio da transversalidade (comunicação entre os sujeitos) e à diretriz da valorização do trabalhador, preconizados pela PNH¹⁶.

Na percepção dos usuários, a variável de visibilidade da PNH no serviço obteve uma pontuação considerada “ruim”, sendo o quesito da participação na gestão o que apresentou um valor significativamente inferior em relação aos demais quesitos dessa variável. Já na dimensão gestão, chama-se atenção para a questão da horizontalização das linhas de mando como o quesito de menor pontuação, e que também tem influência sobre a visibilidade dos princípios da PNH no serviço. Estes espaços estão relacionados ao princípio do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos, e à diretriz da cogestão, sendo considerados desafios que precisam ser superados para a produção da saúde no SUS¹⁶.

As demais variáveis avaliadas nas três dimensões obtiveram uma pontuação considerada “boa”, “muito boa”, ou “excelente”, com destaque para os aspectos da autonomia para organizar e executar o trabalho (na dimensão trabalho); atendimento digno e respeitoso (na dimensão usuário); e atendimento acolhedor e resolutivo, política de redução das filas, e liberdade de expressão de crenças religiosas (na dimensão gestão), os quais obtiveram pontuação máxima. Assim, fica evidenciado o impacto positivo da implantação dessas variáveis no serviço de atenção primária do município.

Fazendo uma análise dos quesitos que tiveram os menores escores, o resultado deste estudo mostrou uma deficiência para o uso de crachás e identificação nominal e funcional dos profissionais. A utilização de crachá de identificação pelo trabalhador é uma ferramenta para humanizar o cuidado/atendimento dispensado ao usuário-paciente, como também auxilia nas relações interpessoais com a equipe de trabalho, e colabora com a segurança dos estabelecimentos de saúde. É, portanto, uma medida útil para uma comunicação pessoal mais humanizada e segura¹⁷. Além disso, pode ser também uma forma de valorização do trabalhador, em razão do sentimento de pertencimento ao quadro de funcionários da instituição de saúde.

No campo da comunicação, a PNH orienta a implementação de mecanismos de comunicação e informação que estimulem o desenvolvimento, a autonomia e o protagonismo das equipes e da população. A transversalidade, que é um princípio da PNH, refere-se ao aumento do grau de abertura comunicacional, ou seja, a ampliação da grupalidade ou das formas de conexão intra e intergrupos¹⁶. Ao analisar o papel e a influência da comunicação interpessoal no atendimento em saúde observa-se que uma das formas de fazer com que os pacientes se sintam seguros é quando os profissionais de saúde se identificam por meio de um crachá e se apresentam dizendo seu nome¹⁸.

Outro ponto referente à comunicação e informação está relacionado ao acesso e oportunidade para fazer reclamações, sugestões ou elogios. Na dimensão usuário, este aspecto obteve a segunda menor pontuação, dentro do conjunto de perguntas responsáveis pela visibilidade da PNH no serviço. As pesquisas de satisfação dos usuários e dos trabalhadores, os serviços de atendimento ao cliente (SAC) e a implantação de ouvidorias, são ferramentas bastante úteis para certos diagnósticos institucionais, para o planejamento da ambiência (ambiente físico, social e interpessoal), e para a organização dos processos de trabalho¹⁹.

Essas ferramentas têm influência sobre a visibilidade da PNH no serviço, e garantem o direito de reclamação e de sugestão, auxiliando na melhoria da qualidade do serviço prestado e na garantia dos direitos dos cidadãos-usuários¹⁹⁻²⁰. A PNH estimula a comunicação e a corresponsabilização entre os três atores envolvidos no cuidado de forma permanente dentro dos serviços de saúde¹⁶. Vale mencionar que, a realização deste estudo avaliativo pode ser considerada também uma iniciativa útil para o conhecimento de opiniões e para o diagnóstico local.

O aspecto relacionado à participação na gestão pelos usuários foi o que obteve a mais baixa pontuação e contribuiu para a classificação “ruim” da variável “visibilidade da PNH no serviço” na dimensão usuário.

Pelo lado da gestão, a existência das “linhas de mando” dentro dos serviços de saúde envolve interesses governamentais e políticos, capazes de gerar conflitos e disputas, que podem levar à hierarquização das tomadas de decisões. Discorrendo sobre isto, a PNH vem propor novos modos de produção e circulação de poder, para que haja o equilíbrio de forças, ou seja, busca uma horizontalização dessas linhas de mando. Para tanto, estimula a ampliação dos espaços de controle social por meio, por exemplo, da cogestão e da gestão participativa, a fim de promover maior participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários nos processos decisórios, ou seja, na gestão da instituição^{1-2,16}.

Nessa perspectiva, um estudo mostrou que a implantação da cogestão, por meio do colegiado gestor em uma unidade de saúde, foi uma experiência bem-sucedida, e que foi facilitada pela atuação da equipe de apoio institucional do distrito de saúde do qual a unidade faz parte. O colegiado gestor é um espaço onde gestores, trabalhadores de saúde e usuários discutem e tomam decisões coletivamente, tornando o gerenciamento participativo e democrático²¹.

O apoio institucional é uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde para a inserção da PNH nos serviços de saúde, e que consiste na formação de apoiadores dentro dos serviços. Estes trabalhadores serão multiplicadores e apoiadores da PNH em suas localidades de trabalho, onde, por meio de cursos e oficinas, de formação ou de intervenção e que apresentem um caráter dialógico e problematizador, podem construir novas realidades em saúde através da vivência das diretrizes e dos dispositivos da PNH²². Essa promoção da valorização dos indivíduos possibilitará o aprimoramento dos processos de trabalho das equipes e gerará mais reflexos no campo da atenção e da gestão local, dentro dos cenários pesquisados^{16,23}.

A oferta de um plano de carreira, pela instituição empregadora, que possibilite mobilidade e ascensão profissional, foi uma lacuna também identificada. A insatisfação dos trabalhadores, quanto a salários considerados impróprios e a ausência de um Plano de Cargos, Carreira e Salários que garanta ascensão e desenvolvimento profissional, contribui para a não fixação do profissional, e, conseqüentemente, interfere no funcionamento do serviço, aumentando os problemas locais e exigindo mais da atuação do gestor para a reorganização do serviço⁷.

De acordo com a PNH é fundamental a valorização dos trabalhadores da saúde, além disso, considera a promoção de melhores condições de trabalho e a ampliação de investimentos para a qualificação dos mesmos como um desafio a ser superado. Sobre estes aspectos, estimula ações de valorização, como a implementação de atividades de educação permanente em saúde e de cuidado aos trabalhadores da saúde, voltadas para a promoção da saúde e a qualidade de vida no trabalho¹⁶. Pode-se observar que o município vem realizando tais ações, mas este estudo ainda aponta para a necessidade de continuidade dessas atividades, uma vez que o sentimento de reconhecimento e valorização do trabalho, na opinião dos trabalhadores, foi o aspecto que obteve menor pontuação na variável relacionada à satisfação e reconhecimento profissional.

Desse modo, destaca-se o importante papel da educação continuada como instrumento para a manutenção do cuidado humanizado, a ser inserida no contexto de trabalho dos serviços de saúde, a fim de promover a valorização e capacitação dos profissionais de saúde e, assim, conseguir mudanças nos modos de pensar e fazer as ações de saúde dentro das instituições, voltadas para um modelo de atenção à saúde humanizado²³⁻²⁵.

A educação, por meio de processos de socialização, ensina os sujeitos a verbalizarem e torna possível a sensibilização dos profissionais de saúde, capaz de provocar mudanças²⁶. Assim, espera-se que ações educativas levem à diminuição das lacunas identificadas neste estudo, no campo da comunicação, da valorização do trabalhador e dos usuários, e de uma gestão menos hierarquizada e mais participativa e democrática.

Portanto, os resultados desta pesquisa são base para a realização de uma intervenção educacional local visando contribuir para uma melhor compreensão da PNH pelos trabalhadores e, com isso, aumentar sua efetividade de implantação nas UBS do município, e para uma percepção melhorada da humanização, pelos três atores envolvidos no cuidado, dentro destes estabelecimentos. Pensando nisto foi construído um

produto técnico intitulado: “Humanização dos serviços de saúde: oficinas pedagógicas para a estruturação das unidades básicas de saúde em um município nordestino do Brasil”. Tais oficinas foram aplicadas aos trabalhadores das UBS em dezembro de 2025, e com boa participação dos presentes.

CONCLUSÕES

O estudo apresenta dados restritos a um contexto local, que classificou o índice de humanização das UBS, em um município nordestino do Brasil, como “muito bom”, e identificou como principais avanços os seguintes aspectos: autonomia para organizar e executar o trabalho (dimensão trabalho); atendimento digno e respeitoso (dimensão usuário); atendimento acolhedor e resolutivo, política de redução das filas, e liberdade de expressão de crenças religiosas (dimensão gestão). Como principais lacunas, têm-se: identificação dos profissionais (dimensão trabalho); participação na gestão (dimensão usuário); e horizontalização das linhas de mando (dimensão gestão).

Com a classificação do índice de humanização foi possível avaliar o impacto e a relevância da PNH dentro das UBS e gerar reflexões sobre as práticas que estão sendo desenvolvidas. Visando o aprimoramento da atenção básica no município, quanto ao tema desta pesquisa, sugere-se a capacitação dos trabalhadores inseridos neste nível de atenção, bem como a necessidade de monitoramento da implantação da humanização nos serviços de saúde por meio da sua avaliação. Todo esse processo implicará na qualificação e consolidação do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Santos-Filho SB. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cien Saude Colet [Internet]. 2007 [citado 12 ago 2024];12(4):999-1010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400021>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [citado 10 maio 2023]. 40 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <https://redehumanizausus.net/acervo/o-humanizausus-na-atenc%CC%A7a%CC%83o-basica/>.
3. Souza DJ, Oliveira LR, Lemos RCA, Felix MMS, D’Innocenzo M. Construct validity of the health services humanization index. Cogitare Enferm [Internet]. 2016 [citado 29 abr 2023];21(4):1-9. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v21i4.44668>.
4. Souza DJ, D’Innocenzo M. Desenvolvimento do índice de humanização dos serviços de saúde: etapa Delphi. Rev Enferm UFPE On Line [Internet]. 2014 [citado 29 abr 2023];8(Supl 1):2365-74. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/9927>.
5. Souza DJ. Avaliação da implantação da Política Nacional de Humanização por meio da construção do Índice de Humanização dos Serviços de Saúde [tese na Internet]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2015 [citado 10 maio 2023]. 219 p. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/items/6470e48e-9c55-4dc8-9cdf-284a2a6c21fd>.
6. Carlosama DM, Villota NG, Benavides VK, Villalobos FH, Hernández EL, Matabanchoy SM. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. Pers Bioet [Internet]. 2019 [citado 10 maio 2023];23(2):245-62. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.6>.
7. Galavote HS, Franco TB, Freitas PSS, Lima EFA, Garcia ACP, Andrade MAC, et al. A gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. Saude Soc [Internet]. 2016 [citado 6 jun 2023];25(4):988-1002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016158633>.



8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União. 2017 set 22 [citado 6 jun 2023]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=22/09/2017&pagina=68>.
9. Farias ANPN. Humanização na Estratégia Saúde da Família: percepções dos profissionais que atuam em um centro de saúde da comunidade na cidade de Palmas, TO [dissertação na Internet]. Palmas: Universidade Federal do Tocantins; 2017 [citado 6 jun 2023]. 96 p. Disponível em: <http://repositorio.uft.edu.br/handle/11612/734>.
10. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002. 175 p.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conheça cidades e estados do Brasil [Internet]. 2022 [citado 7 ago 2023]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/joaquim-gomes/panorama>.
12. Loyola Filho AI, Matos DL, Giatti L, Afradique ME, Peixoto SV, Lima-Costa MF. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2004 [citado 26 jun 2023];13(4):229-38. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742004000400005>.
13. Santos RM, Oliveira FSS, Costa LYA, Moraes VMS, Bezerra GKA, Barbosa MSS, et al. Estado nutricional de adultos entre 20 e 59 anos segundo os indicadores do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) na atenção básica. Res Soc Dev [Internet]. 2021 [citado 26 jun 2023];10(6):e18810615510. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15510>.
14. Marotti J, Galhardo APM, Furuyama RJ, Pigozzo MN, Campos TN, Laganá DC. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. Rev Odontol Univ Cid Sao Paulo [Internet]. 2008 [citado 26 jun 2023];20(2):186-94. Disponível em: [https://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/maio_agosto_2008/Unicid_20\(2_12\)_2008.pdf](https://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/maio_agosto_2008/Unicid_20(2_12)_2008.pdf).
15. Carneiro L. Prefeitura promove, por meio do Instituto Idesne, curso de aperfeiçoamento para profissionais da Atenção Básica. JG Notícias [Internet]. 2019 [citado 10 maio 2023]. Disponível em: <https://www.jgnoticias.com/prefeitura-promove-atraves-do-instituto-idesne-curso-de-aperfeicoamento-para-profissionais-da-atencao-basica/>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento-base para gestores e trabalhadores do SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [citado 6 jun 2024]. 72 p. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2025/06/1606490/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf.
17. Maio AMD. Abraços digitais, cartas e crachás humanizados: interfaces entre mediatização e comunicação face a face em tempos de pandemia. In: IV Seminário Internacional de Pesquisas em Mediatização e Processos Sociais; 2020; São Leopoldo, RS. Anais [Internet]. São Leopoldo: Unisinos; 2021 [citado 19 jul 2024];1(4):1-19. Disponível em: <https://anais.midiaticom.org/index.php/seminario-mediatizacao-artigos/article/view/1305>.
18. Silva MJP. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. Rev Bioet [Internet]. 2002 [citado 19 jul 2024];10(2):73-88. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/215.
19. Rios IC. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2009 [citado 6 jun 2024];33(2):253-61. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000200013>.
20. Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Saude Soc [Internet]. 2004 [citado 6 jun 2024];13(3):30-5. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300004>.

21. Maerschner RL, Bastos ENE, Gomes AMA, Jorge MSB, Diniz SAN. Apoio institucional: reordenamento dos processos de trabalho: sementes lançadas para uma gestão indutora de reflexões. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 [citado 26 jul 2024];18(Supl 1):1089-98. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0365>.
22. Pereira AB, Ferreira Neto JL. Processo de implantação da Política Nacional de Humanização em hospital público. *Trab Educ Saude* [Internet]. 2015 [citado 2 ago 2024];13(1):67-87. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00024>.
23. Lopes MTSR, Labegalini CMG, Silva MEK, Baldissera VDA. Educação permanente e humanização na transformação das práticas na atenção básica. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2019 [citado 16 ago 2024];23:e1161. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1005032>.
24. Cotta RMM, Reis RS, Campos AAO, Gomes AP, Antonio VE, Siqueira-Batista R. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? *Cien Saude Colet* [Internet]. 2013 [citado 16 ago 2024];18(1):171-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100018>.
25. Oliveira MFR, Zagonel IPS, Martini MBA, Almeida MJ. Atitudes subjetivas e objetivas de humanização do cuidado de estudantes e professores de Medicina. *Espac Saude* [Internet]. 2019 [citado 16 ago 2024];20(1):9-18. DOI: <https://doi.org/10.22421/15177130-2019v20n1p9>.
26. Rodríguez Suárez N, Prieto Martínez P. Rol del lenguaje en la humanización de la salud. *Rev Bioet Derecho* [Internet]. 2021 [citado 16 ago 2024];(52):105-20. DOI: <https://doi.org/10.1344/rbd2021.52.35016>.

