ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL

SOLANGE BARBOZA FERNANDES THOMPSON

HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DA PERCEPÇÃO E DAS VIVÊNCIAS DE ENFERMEIROS SOB O OLHAR DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

Vitória - ES

2022

SOLANGE BARBOZA FERNANDES THOMPSON

HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DA PERCEPÇÃO E DAS VIVÊNCIAS DE ENFERMEIROS SOB O OLHAR DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Profª. Drª. Italla Maria Pinheiro Bezerra.

Área de Concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

Vitória - ES

2022

SOLANGE BARBOZA FERNANDES THOMPSON

HUMANIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DA PERCEPÇÃO E DAS VIVÊNCIAS DE ENFERMEIROS SOB O OLHAR DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovado em 20 de dezembro de 2022

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Italla Maria Pinheiro Bezerra
Professora Presidente da Banca Examinadora

Profª. Drª. Fabiana Rosa Neves
Membro da Banca Titular Interno

Profª. Drª. Cíntia de Lima Garcia
Membro da Banca Titular Externo
Faculdade Estácio/FMJ

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

Thompson, Solange Barboza Fernandes
T476h Humanização na estratégia Saúde da Família : análise da percepção e das vivências de enfermeiros sob o olhar da Política Nacional de Humanização em Saúde / Solange Barboza Fernandes Thompson. - 2023.
56 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2023.

1. Profissionais da saúde – Mimoso do Sul (ES). 2. Humanização. 3. Políticas públicas. 4. Enfermagem – profissão – Mimoso do Sul (ES). I. Bezerra, Italla Maria Pinheiro. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 362.17

Dedico este trabalho a Deus. Devo a Ele tudo o que sou. Dedico também a meu marido, pelo apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me proteger, me dar forças, me abençoar e jamais me desamparar.

Meu agradecimento mais profundo e especial ao meu marido por todo apoio, amor, carinho e cuidado. O tempo todo ao meu lado, incondicionalmente.

À minha família, pela torcida e amor emanado. Em especial a Luzia e família, e aos meus três filhos pelo apoio e por me proporcionarem muitos momentos de alegria.

À Italla, minha querida orientadora, pela confiança em minhas capacidades, em meu empenho e trabalho. Sou grata ao tanto que me ensinou.

A todos da secretaria de saúde do município de Mimoso do Sul, pela autorização e assistência na coleta de dados.

A todos os participantes voluntários da pesquisa, que ofereceram um pouco de si à construção do conhecimento e fortalecimento da pesquisa científica no Brasil.

Por fim, minha eterna gratidão a todos que contribuíram direta ou indiretamente à realização deste trabalho.

Sê forte e corajoso; não temas, nem te espantes; porque o Senhor teu Deus é contigo, por onde quer que andares.”

Josué 1:9

RESUMO

Introdução: A humanização da assistência à saúde é uma demanda atual e crescente no contexto brasileiro. No entanto, na prática ela não tem se concretizado, principalmente nos serviços de saúde de um modo geral, considerando-se a falta de comunicação, alta demanda de trabalho, problemática na infraestrutura e compromisso profissional, que acaba por comprometer a humanização no processo de assistência ao usuário. A humanização da assistência à saúde requer, portanto, atenção a inúmeros aspectos. **Objetivo:** Descrever como a Política Nacional de Humanização está sendo aplicada na Estratégia Saúde da Família do município de Mimoso do Sul/ Espírito Santo na visão dos enfermeiros. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa com enfermeiros atuantes nas Unidades de Saúde da Família do município de Mimoso do Sul/ Espírito Santo. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas e a organização dos dados seguiu a técnica de análise de conteúdo de Bardin. **Resultados**: Foram realizadas onze entrevistas que foram analisadas por meio da análise de conteúdo no qual emergiram três categorias empíricas: Conceitos de humanização; Humanização e suas relações com o usuário e Humanização no ambiente de trabalho. Evidenciou-se que a Política Nacional de Humanização está sendo aplicada no município do estudo apesar de desafios ainda existirem. Com relação ao conceito de humanização e da política, os profissionais apresentaram conhecimento satisfatório. O fluxo de atendimento organizado, o trabalho multiprofissional, a boa atuação do Agente Comunitário de Saúde, a criação de vínculo, a escuta qualificada dos usuários e as formas alternativas de comunicação se mostraram estratégias eficientes à implementação da Política Nacional de Humanização. **Considerações finais:** A PNH está sendo aplicada na ESF no município do estudo apesar de desafios ainda existirem. Persistem desafios relacionados à capacitação dos trabalhadores, à implementação incompleta da política no serviço de saúde, sendo bonita “no papel” e a falta humanização no acolhimento. Torna-se necessário a adoção de medidas a fim de atuar nos desafios que ainda permanecem a fim de garantir de fato a efetivação da Política Nacional de Humanização.

Palavras-chave: Humanização; Profissionais de Saúde; Recepção.

ABSTRACT

Introduction: The humanization of health care is a current and growing demand in the Brazilian context. However, in practice it has not materialized, especially in health services in general, considering the lack of communication, high work demand, infrastructure problems and professional commitment, which ends up compromising the humanization in the health care process. customer assistance. The humanization of health care therefore requires attention to numerous aspects. **Objective:** To describe how the National Humanization Policy is being applied in the Family Health Strategy in the municipality of Mimoso do Sul/Espírito Santo in the view of nurses. **Method:** This is a descriptive study with a qualitative approach with nurses working in the Family Health Units of the aforementioned municipality. Data collection was performed from interviews and data organization followed Bardin's content analysis technique. **Results:** Eleven interviews were conducted and analyzed using content analysis, in which three empirical categories emerged: Concepts of humanization; Humanization and its relations with the user and Humanization in the work environment. It was evident that the National Humanization Policy is being applied in the municipality of the study, although challenges still exist. With regard to the concept of humanization and politics, professionals had satisfactory knowledge. The flow of organized care, the multidisciplinary work, the good performance of the Community Health Agent, the creation of bonds, the qualified listening of the users and the alternative forms of communication proved to be efficient strategies for the implementation of the National Humanization Policy. **Conclusion:** The PNH is being applied in the ESF in the municipality of the study, although challenges still exist. Challenges persist related to training workers, incomplete implementation of the policy in the health service, being beautiful “on paper” and the lack of humanization in reception. It is necessary to adopt measures in order to act on the challenges that still remain in order to actually guarantee the effectiveness of the National Humanization Policy.

Keywords: Humanization; Health professionals; Reception.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ES	Espírito Santo
ESF	Estratégias de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12

2 REFERENCIAL TEÓRICO 15

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO 15

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE 17

2.3 FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EDUCAÇÃO CONTINUADA COM FOCO EM HUMANIZAÇÃO 20

2 OBJETIVOS 22

2.1 OBJETIVO GERAL 22

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 22

3 MÉTODO 23

3.1 TIPO DE ESTUDO 23

3.2 LOCAL DO ESTUDO 23

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO 24

3.4 COLETA DE DADOS 25

3.4.1 Organização e análise dos dados 25

3.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA 26

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO 27

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 40

REFERÊNCIAS 41

APÊNDICES 46

ANEXOS 52

1 INTRODUÇÃO

A humanização aplicada à atenção à saúde é vista como meio de prover defesa aos direitos da cidadania por meios éticos (SOUZA; MOREIRA, 2008). Entende-se humanização, com base na Política Nacional de Humanização (PNH), como uma série de princípios e diretrizes que valorizam os diversos sujeitos inseridos no sistema de saúde; estimula a autonomia e o protagonismo dos indivíduos; estabelece vínculos; identifica as necessidades sociais de saúde e promove melhorias nas condições no âmbito de saúde (destas condições de trabalho à atendimento) (DESLANDES; MITRE, 2009).

A temática humanização envolve questões amplas que vão desde a operacionalização de um projeto político de saúde calcado em valores como a cidadania, o compromisso social e a saúde como qualidade de vida, passando pela revisão das práticas de gestão tradicionais até os micros espaços de atuação profissional nos quais saberes, poderes e relações interpessoais se fazem presentes. Assim, é necessário compreender a humanização como temática complexa que permeia o fazer de distintos sujeitos (CASATE; CORRÊA, 2005).

A humanização nos serviços de saúde deve considerar a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde (OLIVEIRA *et al*., 2006).

Mediante isso, o Ministério da Saúde tem lançado novas estratégias para adequar os conhecimentos às novas propostas de estruturação da atenção primária. Dentre elas, destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH). Esta política atua a partir de orientações éticas, clínicas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho, e dentre elas evidencia-se o acolhimento (COUTINHO *et al*., 2015).

A proposta da PNH busca uma compreensão mais ampliada do que chamamos de saúde e de sua relação com as situações de trabalho, de modo que se caminhe em uma direção menos desgastante para o trabalhador, guiado sempre pelas experiências que têm promovido saúde, nesta perspectiva. As organizações de saúde, portanto, devem se constituir como espaços de produção de bens e serviços para os usuários, assim como espaços de valorização do potencial inventivo dos diversos atores desses serviços: gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2010).

A PNH, criada em 2003, tem sua proposta atrelada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), onde ressalta a importância de estabelecer atenção integral à população e estratégias que melhorem os direitos de cidadania (SANTOS-FILHO, 2007). E para que as propostas da PNH sejam efetivadas, torna-se fundamental a estruturação adequada da Atenção Primária à Saúde (APS) (RAMOS *et al*., 2018).

A PNH propõe ações transformadoras das práticas de saúde e gestão dos processos de trabalho que começam pela compreensão de como é o ambiente de trabalho no ponto de vista dos trabalhadores, enfatizando os aspectos referentes à organização do trabalho e relações interpessoais (RIOS, 2008).

De uma forma geral, os profissionais da área da saúde estão sujeitos ao estresse ocupacional devido à natureza do trabalho nessa área e as condições encontradas nas instituições. Para tanto, a PNH propõe ações transformadoras das práticas de saúde e gestão dos processos de trabalho que começam pela compreensão de como é o ambiente de trabalho no ponto de vista dos trabalhadores enfatizando os aspectos referentes à organização do trabalho e relações interpessoais (RIOS, 2008).

O processo de humanização não deve tomar como centro somente o usuário, mas deve-se atentar a ambos os lados envolvidos neste processo, ou seja, usuários e profissionais de saúde. Pode-se afirmar que humanizar é retomar o lado humano, esquecido pelo profissional, em meio ao turbilhão de atividades laborais, muitas das vezes entravadas pelo sistema (SOUSA, 2006).

Entende-se que a implantação dos princípios da humanização na assistência aos usuários das Unidades Básicas de Saúde poderá garantir os princípios do SUS e corresponder às expectativas do usuário, corroborando para qualificação profissional e estabelecimento de vínculos usuário-profissional mais efetivos.

Assim, tem-se como problema desse estudo: Como a Política Nacional de Humanização está sendo aplicada na Estratégia Saúde da Família no município de Mimoso do Sul, ES? A hipótese é que os princípios e diretrizes da Política de Humanização ainda precisam ser aplicados de forma a conduzir as práticas de saúde de forma humanizada.

Nesse contexto, o estudo da temática humanização no atendimento em saúde é de suma relevância, uma vez que, a constituição de um atendimento pautado em princípios como: a integridade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, de modo a valorizar a dignidade do profissional e do usuário.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A discussão sobre o processo de humanização vem desde a Reforma Sanitária, na década de 70, um marco na história da saúde pública brasileira, e que levou a construção do SUS (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Esta discussão surge em um momento em que se questionam as práticas de saúde, principalmente a relação profissional de saúde e usuário que, por longos anos, foi pautada no modelo biomédico (CAPRARA *et al.*, 1999). Esse modelo é considerado uma forma mecanicista e tecnicista, no qual o usuário é visto como uma máquina, e que minimiza os processos sociais, psicológicos e comportamentais vivenciados pelo mesmo (CAPRARA *et al.*, 1999). Ou seja, reduz o processo saúde-doença à sua dimensão estritamente biológica (BARROS, 2002).

Assim, como forma de melhorar a relação profissional de saúde e usuário, na 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi discutida amplamente, e com necessidade de urgência, a implementação da humanização do cuidado prestado aos usuários das ações e serviços de saúde com o objetivo de melhorar o acolhimento das pessoas e a capacidade resolutiva de cada tratamento (BRASIL, 2001).

Tem-se a humanização derivada de um caráter subjetivo, complexo e multidimensional, e ao ser implementada na saúde exige qualidade clínica e comportamental. Sendo vista então como um processo em constante transformação que sofre influência do contexto em que está inserida (SIMÕES *et al*., 2007).

Para Marques e colaboradores (2021), o processo de humanização se faz vantajoso, por promover a interação do profissional com o usuário submetido ao tratamento de saúde, proporcionar uma maior aproximação entre ambas as partes, e favorecer a confiança e a segurança do usuário para com a equipe (MARQUES *et al.*, 2021).

Dessa forma, em 2003 é implementada a PNH, que incorpora e busca pôr em prática os próprios princípios do SUS, e ressalta a necessidade de assegurar atenção integral à população (BRASIL, 2022a). Dentro dessa política, o conceito de humanização busca englobar os diferentes sujeitos incorporados nos processos de saúde e

destacar valores importantes que necessitavam ser incorporados no SUS, para a melhoria da qualidade do sistema (BRASIL, 2004).

> Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004, p. 8).

A PNH surge como uma política transversal, que reorganiza o SUS e reafirma seus princípios, promove a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, propõe o estabelecimento de vínculos e a participação coletiva nos processos de gestão, a troca e a construção de novos saberes e o compromisso com a melhoria do ambiente de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004).

No tocante às diretrizes do HumanizaSUS para garantia da atenção e gestão humanização, são consideradas: a Clínica ampliada, a Cogestão, o Acolhimento, a Valorização do trabalho e do trabalhador, a Defesa dos Direitos do Usuário, o Fomento das grupalidades, coletivos e redes, e a Construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2010).

Ademais, tem-se três princípios fundamentais para implementação da PNH: transversalidade, indissociabilidade entre a atenção e a gestão e o protagonismo. Para que estes sejam efetivados em ação é imprescindível que haja uma Atenção Primária à Saúde (APS) bem estruturada, uma vez que é a porta de entrada para as necessidades da população (RAMOS *et al*., 2018).

Assim a partir dos apontamentos acerca da PNH é possível perceber a relevância da discussão do tema, da visão integral e humanística proposta, o respeito à individualidade, a valorização das crenças, o aprimoramento do processo de comunicação e a construção de novos caminhos capazes de propiciar um novo paradigma de gestão da saúde pública para todos (CAMPOS, 2007).

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

Cerca de 80% dos problemas de saúde são passíveis de resolução na APS. Esta é considerada a principal porta de entrada para o SUS, com foco principal na promoção e proteção da saúde, na prevenção de agravos, no diagnóstico precoce, no tratamento, e na reabilitação e a manutenção da saúde (WHO, 1978, CAMPOS *et al*., 2008; RAMOS *et al.,* 2018).

Conforme a OMS, na Conferência de Alma Ata (1978), a APS ou Atenção Básica, como também pode ser denominada, é compreendida como:

> [...] são cuidados de saúde essenciais baseados em métodos e tecnologias práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias da comunidade através da sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em todas as fases da vida. seu desenvolvimento no espírito de autoconfiança e autodeterminação [...]. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (WHO, 1978).

No Brasil, o conceito de APS, conforme Conselho Nacional de Secretários de Saúde, se aproxima ao proposto na Alma Ata e reafirma ainda os princípios alinhados ao sistema de saúde Brasileiro.

> [...] a Atenção Primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território processo) bem delimitadas, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e buscar

> a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável (CONASS, 2004, p 7).

Ainda partindo dos marcos conceituais, Starfield (2002) define APS como:

> [...] é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002, p. 28).

Nesta perspectiva, é possível perceber que a APS deve estar centrada na família, ser acessível, garantir o cuidado integral e ser resolutiva por meio da construção de vínculos sólidos entre indivíduo/família e profissionais de saúde, pautados em uma relação humanizada (STARFIELD, 2002).

De tal forma é na busca da consolidação da APS que a ampliação da pauta “humanização” ganha destaque. A PNH surge de forma a abranger todos os níveis de atenção, no entanto, na APS, a humanização tem um papel extremamente relevante para a garantia dos princípios do SUS no acolhimento e na construção dos vínculos (SIMÕES *et al*., 2007). Há a necessidade da construção de um “campo de confiança” entre os sujeitos, pautados nos acolhimentos dialogados e no afeto, para a efetivação da humanização na APS (TEIXEIRA, 2005).

Sendo constituída por Centros de Saúde, Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Postos de Saúde, no Brasil, é papel da APS prestar serviços de cuidados iniciais buscando resolver a maior parte dos problemas de saúde da população (RAMOS *et al*., 2018). Onde conta com equipes especializadas, nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) para atender as comunidades locais, ampliando a resolução dos problemas, reduzir os impactos em saúde e evitar encaminhamentos para a Atenção Secundária (RAMOS *et al*., 2018).

Alinhado ao objetivo da resolutividade e como dispositivo da PNH, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) tem como foco uma ofertar uma assistência justa e acolhedora ao usuário do SUS, que facilite o acesso e priorize os casos de maior gravidade. O processo de ACCR deve partir de uma escuta qualificada, humanizada,

dialogal e orientada, para que o usuário se sinta acolhido conforme sua demanda e compreenda o processo dinâmico organizacional do serviço de saúde (LACERDA *et al*., 2019). Apesar de sua implantação, de acordo com Morelato *et al*. (2021), cerca de 80% dos enfermeiros nunca utilizaram o protocolo de classificação de risco na APS.

A utilização do processo de ACCR enfrenta inúmeros desafios na prática cotidiana. Problemas sobre informações a respeito do funcionamento da classificação, que acaba por priorizar os casos mais graves na hora dos atendimentos em detrimento aos com menor complexidade, fato que muitas vezes não é compreendido pelo usuário, problemas organizacionais, ausência de protocolos, aspectos sociais e culturais e são exemplos de barreiras a esse processo (SAMPAIO *et al*., 2022; MORELATO *et al*., 2021).

Nesse sentido, a fim de transformar tal realidade prática, deve-se investir na qualificação dos profissionais da APS, em especial os enfermeiros, com relação a ACCR, buscando a sua elucidação e divulgação da classificação de demanda de risco espontânea. Tais ensinamentos também devem ser passados aos usuários, para que compreendam tal classificação de risco, a fim de transformar a atuação e tornar o serviço mais qualificado (MORELATO *et al*., 2021).

Ao instituir a humanização na APS, se faz necessário substituir o modelo médico hegemônico, passando exigir de todos os prestadores de serviços, sejam eles assistenciais, técnicos, de apoio, de segurança, de gestão, uma coparticipação no tratamento singular do paciente (RAMOS *et al*., 2018). Além disso, a alta rotatividade de profissionais, a precariedade de vínculos empregatícios, a sobrecarga de trabalho e a ausência de processos educativos inviabilizam a implementação da humanização na APS (WARMLING *et al*., 2018).

Assim, por meio da implementação efetiva da humanização na APS, haverá maior qualificação profissional quanto a identificação das necessidades do paciente através de acompanhamento contínuo, encaminhando a especialidades quando preciso (RAMOS *et al*., 2018).

Nesse âmbito, a PNH busca a valorização do cotidiano dos serviços de saúde, sendo o processo de trabalho peça fundamental para que essa política se efetive. Essa política não depende de normas, protocolos ou aparato burocrático, e sim do empenho

dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde. Dessa forma, não há como mudar os modos de prestar a assistência a uma população sem que se altere a organização dos processos de trabalho (NORA; JUNGES, 2013).

2.3 FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EDUCAÇÃO CONTINUADA COM FOCO EM HUMANIZAÇÃO

O tema humanização tem sido amplamente discutido desde sua implementação política com a criação da PNH em 2003 (BRASIL, 2003). No entanto, uma das lacunas para a efetiva implementação e efetivação do modelo em saúde pautado na humanização é a formação dos profissionais de saúde no Brasil (ARAÚJO; FERREIRA, 2011).

Apesar dos avanços identificados nas políticas de saúde em relação a humanização, as universidades ainda abordam o tema de forma superficial e tecnicista diferente das propostas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (SOUZA; FERREIRA, 2020).

Os cursos de graduação são pouco esclarecedores e falhos diante do ensino sobre o tema humanização (FREITAS; FERREIRA, 2016). Conforme Freitas e Ferreira (2016) um dos grandes desafios no processo de aprendizagem acerca do tema é a articulação da teoria com a prática e a realidade vivida no cotidiano. Assim, a ausência de aulas práticas e o baixo percentual de disciplinas voltadas para a humanização impede que os profissionais se formem com um olhar humanizado (FREITAS; FERREIRA, 2016).

Além da formação durante o processo de graduação, há a necessidade de aprimoramento dos processos e políticas formativas sobre humanização nos serviços de saúde por meio da educação permanente em saúde (EPS) (LOPES *et al.*, 2019). Esta é uma importante ferramenta que permite a criação de espaços coletivos de discussão e torna o ambiente de trabalho propício para uma aprendizagem significativa com atualização diária das práticas dos profissionais de saúde (CECCIN, 2005).

Nesse âmbito de construção de uma rede de ensino-aprendizagem e as metodologias ativas alinhadas ao conhecimento técnico-científico são fundamentais (CECCIN,2005). Na atenção básica, em especial nas equipes de ESF, atividades educativas, como rodas de conversa, são consideradas potenciais na promoção da gestão participativa, da humanização das relações de trabalho, do acolhimento e consequentemente fortalecimento do SUS (CARDOSO, 2012).

Um estudo com o objetivo de compreender a percepção dos trabalhadores da equipe de enfermagem sobre a educação permanente em saúde mental, identificou que a educação permanente permite que a equipe de Enfermagem repense as práticas, o processo de trabalho e o cuidar, de modo mais humanizado (RIOS; CARVALHO, 2021).

Ademais, o processo de educação só faz sentido quando é pautado na problematização da realidade (YASUI; SANTOS, 2010). A EPS é um modelo que permite a transformação das práticas profissionais e a construção coletiva da humanização (LOPES; LABENGALINI; BALDISSERA, 2017). Os processos de EPS e de humanização são pautados no exercício diário do processo de trabalho, e juntos são responsáveis por ressignificar as práticas em saúde e alcançar os objetivos do SUS (BRASIL, 2018).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever como Política Nacional de Humanização está sendo aplicada na visão dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família do Município de Mimoso do Sul – Espírito Santo (ES).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a percepção dos enfermeiros sobre humanização em saúde;

Identificar como os enfermeiros implementam a Política de Humanização;

Descrever estratégias que usam para prover a população a humanização

Identificar facilidades e dificuldades apontadas pelos enfermeiros para implementação da PNH.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa realizado com enfermeiros de um município no interior do Estado do Espírito Santo. O método qualitativo é utilizado amplamente, evidenciando o estudo das relações, percepções, opiniões e interpretações (MINAYO, 2002). Este tipo de pesquisa busca evidenciar processos sociais ainda pouco conhecidos e que pertencem a grupos particulares, sendo seu objetivo e indicação proporcionar a construção e/ou revisão de novos conceitos, abordagens e categorias sobre o objeto de estudo (MINAYO, 2002).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O município selecionado para o estudo é Mimoso do Sul, localizado no ES, que possui população aproximada de 26.153 habitantes com cobertura de Atenção Básica de 100% (BRASIL, 2022b).

O trabalho teve como cenário as Unidades Estratégia Saúde da Família do referido município que atualmente conta com um total de 11 unidades de saúde definidas como ESF.

Tabela 1 – Unidades de Estratégia de Saúde da Família em Mimoso do Sul – ES.

Unidade de Estratégia Saúde da Família
Ponte do Itabapoana
Pratinha/Centro
São José das Torres
Conceição do Muqui
Funil
Serra

Santo Antônio
Poço Dantas
Morro da Palha
São Pedro de Itabapoana
Vila

Fonte: Dados da Pesquisa.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo enfermeiros que atuam nas Equipes de Saúde da Família nas 11 Unidades de Saúde do município.

Foi considerado como critério de inclusão todos os profissionais que aceitaram participar livremente da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critério de exclusão foi considerado todo profissional que no momento da pesquisa não estivesse atuando efetivamente no trabalho.

A escolha de estudar humanização e o profissional de enfermagem parte da premissa que essa política e a enfermagem se encontram intimamente ligadas, e pela autora principal ser uma enfermeira. Ademais, o enfermeiro possui uma relação mais próxima com o usuário do serviço diariamente em sua rotina de trabalho, é um profissional que compõe a equipe básica da saúde, que comumente realiza o acolhimento nas UBS e possui um vínculo mais efetivo com os usuários do serviço. É este profissional que se responsabiliza pela gestão, organização, ACCR, consultas entre outros, assumindo funções de gerenciamento, devendo, portanto, conhecer de fato a humanização para que possa vivenciá-la em sua profissão cotidianamente, e com o papel de gestor inclua a política na rotina do serviço e nas capacitações, a fim de efetivá-la de fato no serviço.

3.4 COLETA DE DADOS

A entrevista consiste em um conjunto de questões que são examinadas e sujeitas a um certo número de pessoas com a intenção de adquirir respostas para obter coleta de informações (FACHIN, 2006). A coleta de dados deu-se por meio de entrevista semiestruturada e a organização através da análise de conteúdo segundo Bardin.

Foi realizado um primeiro contato com os profissionais com o intuito do pesquisador conhecer os locais, apresentar o projeto e solicitar o apoio para execução da pesquisa. Após o contato inicial foram agendadas as entrevistas conforme disponibilidade dos entrevistados. As entrevistas foram realizadas mediante a disponibilidade dos participantes e aconteceram de forma *online* via *Google Meet*. Diante dos riscos da pandemia, essa forma de coleta de dados foi uma estratégia que permitiu maiores cuidados de prevenção.

No enfoque qualitativo, a entrevista tem como base dar a liberdade para que os profissionais possam seguir a linha do seu pensamento e de suas experiências dentro da temática abordada. As entrevistas foram aplicadas conforme aviso prévio com os profissionais atuantes e tiveram uma duração média de 10 a 20 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

As entrevistas foram realizadas após consentimento dos participantes e assinatura do TCLE. As entrevistas foram gravadas e transcritas em sua íntegra.

3.4.1 Organização e análise dos dados

As entrevistas foram analisadas considerando a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), que busca uma organização dos dados por fases, sendo elas pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados e interpretação, procurando conhecer o que está por trás das falas (BARDIN, 2016).

A fase da pré-análise consiste na organização propriamente dita. Selecionam-se os documentos que serão analisados, há a formulação das hipóteses e objetivos e

elaboração dos indicadores que fundamentaram a interpretação final (BARDIN, 2016). Neste estudo foram analisadas as entrevistas realizadas com os enfermeiros.

Posteriormente, foi realizada a exploração do material, efetuando-se operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. Constitui a identificação das unidades de registro, unidades de contexto e temas que surgiram a partir das leituras advindas do referencial teórico adotado (BARDIN, 2016).

A última etapa consistiu no tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos mesmos. Os resultados brutos são tratados de forma que ao final possuam um significado. Nela, o analista pode propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas (BARDIN, 2016).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Foi obtida a anuência da Secretaria Municipal de Saúde do município e após, o presente trabalho respeitou os princípios éticos e legais estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da realização de pesquisas envolvendo seres humanos e nº 510/2016 considerando os quatro referenciais básicos da Bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

Assim, o trabalho foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, sob parecer nº 5.511.131 (CAAE 59989722.8.0000.5065).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas 11 entrevistas, e a partir da análise de conteúdo realizada conforme proposto por Bardin (2016) emergiram as seguintes categorias: Conceitos de humanização; Humanização e suas relações com o usuário e Humanização no ambiente de trabalho. A fim de garantir o anonimato dos participantes eles serão indicados pela letra P seguida do número da entrevista.

Caracterização dos profissionais

A respeito da caracterização dos participantes da pesquisa, a maioria era do sexo feminino (n=7) e com média de idade de 41 anos (máx=53, min=32). Todos os entrevistados eram profissionais de enfermagem, que atuavam em média 21 meses (máx=60; min=06) na unidade de saúde atual (na qual foram entrevistados). Quanto a especialização, a maioria possuíam em saúde da família, atenção primária à saúde, saúde coletiva e gestão, e apenas 1 profissional com formação em andamento pelo Instituto Capixaba de Ensino e Pesquisa (ICEPi). Alguns profissionais ainda apresentaram especialização em saúde mental e urgência e emergência.

Conceitos de humanização

Quando os participantes foram questionados sobre o que entendiam por humanização, foi unânime a resposta de que se trata de ofertar um trabalho humanizado, baseado nas necessidades do usuário e acolhendo-o.

> *"Eu entendo que é o trabalho que o próprio nome já fala, humanização, é você receber as pessoas de forma humanizada, explicar, orientar, acolher, principalmente os pacientes nas unidades de saúde básica, mostrar os serviços, ver a necessidade de cada um deles, e montar de acordo com o que eles precisam o atendimento com qualidade" (P1)*

“Humanização na minha concepção é tratar um paciente como um todo, ter aquele carinho pelo paciente, mas ter continuidade em todo o tratamento, tratar ele bem, escutar ele de forma certa e dar continuidade no tratamento” (P10)

“Eu entendo por humanização, é você atender o usuário, aquelas pessoas que chegam até a unidade de uma forma que você se coloque no lugar dele, de uma forma empática, de forma a tentar ajudá-lo a resolver os problemas que eles trazem ali naquele momento, eu vejo a humanização dessa forma, pelo lado da empatia, acho que a gente se colocando no local do outro a gente consegue ter sensibilidade, a gente consegue ter humanidade mesmo, para tentar resolver o problema daquele usuário” (P5)

“Humanização ao meu ver seria tudo aquilo que nós deveríamos ser, humanos de verdade, e seja lá qualquer à área, seja da saúde, no ambiente social, eu acho que a humanização teria que existir independentemente de qualquer situação” (P2)

A empatia, ou seja, colocar-se no lugar do outro, também esteve bem presente nas falas. A humanização foi entendida também como tratar o usuário da forma que o profissional gostaria de ser tratado, com uma escuta qualificada, de forma respeitosa, com carinho e atenção, devendo a humanização estar em primeiro lugar nos atendimentos.

“Eu entendo que humanização é tratar o nosso próximo, no nosso caso o usuário, como nós mesmos gostaríamos de ser tratados, através de escuta qualificada, através de um olhar diferenciado, caso a caso, dessa forma que eu entendo” (P3)

Ademais, afirmaram também que a humanização deve acontecer não somente no momento em que o usuário é atendido, mas deve vir desde o agendamento até o atendimento do paciente. Além do mais, a humanização abrange a resolutividade do

problema do usuário não somente naquele momento, mas envolve também a continuidade do cuidado.

> *"Eu entendo assim, é a gente vê, enxergar o paciente como um todo né, não apenas tratar aquele problema que ele está naquele momento, mas tentar enxergar além, e cuidar dele como um todo, um ser humano mesmo" (P8)*

> *"Para mim a humanização seria a forma que o enfermeiro trata todos os seus usuários na unidade de saúde, desde a porta de entrada ao atendimento, seja ele o médico, seja um atendimento de enfermagem, e principalmente o atendimento do atendente, eu acho que a humanização começa no agendamento da consulta com a atendente, como a forma que esse usuário é atendido, é acolhido, bem tratado, o carinho, porque ele já chega na unidade com queixas, sentindo dor, com sofrimento, e o acolhimento ao meu ver é algo mais importante" (P4)*

Consoante ao estudo realizado por Silva *et al*. (2022) o conceito de humanização, no entendimento dos enfermeiros, foi coeso ao da PNH, com relação ao acolhimento, integralidade e resolutividade, mesmo que ainda exista a perspectiva de caridade, que não considera a saúde um direito do usuário (SILVA *et al.,* 2022) e ao de Coutinho, Barbieri, Santos (2015) que, além desses conceitos, trata da maneira holística de ver o paciente e de promover a responsabilização e a resolutividade dos problemas dos usuários (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015). O entendimento da palavra humanização se encontra associado à forma de compreensão do usuário na conjuntura do serviço de saúde (CASATE; CORRÊA, 2005).

Embora progressos tenham ocorrido, ainda persiste a necessidade do rompimento com a prática clínica convencional, com a relação transversal profissional x paciente, estruturada pela doença em si e não por seus determinantes (SOUZA; MOREIRA, 2008). Apesar dos avanços no entendimento conceitual ainda permanece a dificuldade da realização da humanização nas práticas do serviço, para além das teorias e conceitos.

Sobre a PNH, a maioria dos profissionais afirma ser uma política para promover mudanças na forma de atendimento ao usuário, tratando-o de forma mais humana e

acolhendo-o em toda sua integralidade, além de promover a equidade, escutar o paciente, atender de forma ética, prover resolutividade ao serviço e o bem estar físico e mental dos usuários.

> *“A Política Nacional de Humanização veio com a finalidade de humanizar o trabalho e ter um olhar diferenciado com o paciente, tratando ele como nós mesmos gostaríamos de ser tratados” (P3)*

Tais definições são consoantes a política, que traz a importância da valorização do usuário, gestores e profissionais no processo de produção de saúde, com destaque para o papel de protagonismo dos usuários e de sua autonomia, e reforço da corresponsabilização no processo de produção de saúde (SOUZA; MOREIRA, 2008; DESLANDES; MITRE, 2009).

Alguns ainda relataram que a política é “bonita no papel", mas que não dispõem das condições necessárias para colocá-la em prática. Outros sabem que ela existe, porém não possuem conhecimento sobre ela, e muitas vezes ela foi vista somente durante a graduação do profissional. Conforme relatado por um participante ela existe, entretanto, não é utilizada nos serviços de saúde: *“Uma política pouco aplicada, muito falada, mas pouco aplicada, em muitas unidades é falado que existe a necessidade de se ter a humanização, mas não tem” (P11)*

A PNH surgiu no sentido de modificar as práticas de gestão e de atenção à saúde, buscando um atendimento mais qualificado, com a incorporação dos usuários, gestores e profissionais nas decisões e no processo de cuidado do serviço de saúde (RODRIGUES; MAIA; SOUZA, 2022).

Cabe salientar que a humanização baseada na PNH deve proporcionar uma assistência à saúde resolutiva e qualidade de gestão e atenção modelo na saúde pública, particularmente na Atenção Primária à Saúde (RODRIGUES; MAIA; SOUZA, 2022). Ademais, ela não permite padronizar tudo em um único discurso, mas sim ajudar a atuar nas adversidades das variedades, buscando a reflexão dos profissionais acerca de suas práticas nos serviços, devendo o serviço se organizar para realizar o acolhimento, e não o contrário (SOUZA; MOREIRA, 2008; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Humanização e suas relações com os usuários

Sobre a recepção dos usuários no serviço de saúde, a maioria dos profissionais respondeu com relação ao fluxo de atendimento. Há o atendimento de demandas agendadas e espontâneas, que em sua maioria chegam por intermédio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). É realizada uma triagem e o paciente é encaminhado, geralmente, para o atendimento do enfermeiro.

> *"A maior parte dos usuários quando chega, eles imediatamente são recebidos pela recepcionista, uma funcionária, essa funcionária nossa tem até nível superior em uma área que não é da saúde, recebe essas pessoas, e partir da necessidade, o que ela ouve ali, ela encaminha, seja para o atendimento do técnico de Enfermagem, do enfermeiro, do médico ou do dentista, então de imediato é feito por esta recepcionista" (P5)*

Entretanto, ainda falta humanização na recepção dos usuários, sendo o atendimento realizado de forma bem sutil, muitas vezes insuficiente. Ademais, os profissionais relatam a ausência de capacitações para promoção de um atendimento mais humanizado ao usuário do serviço, conforme ilustrado pelo depoimento de um participante: *"Geralmente a gente recebe todos os pacientes sempre tratando eles com educação, mas ninguém nas estratégias, as atendentes, os agentes de saúde, nunca tiveram nenhum curso de humanização, a gente tenta receber com o máximo de educação, mas tem hora que lá da minha sala eu escuto e tenho que intervir, porque ela não consegue ter essa percepção não" (P10)*

Uma diminuta parcela dos entrevistados relatou que a recepção dos usuários acontece de forma humanizada: *"Na unidade de saúde que eu trabalho o acolhimento é feito de forma humanizada com a recepcionista, há uma integração boa entre os profissionais, usuários entre Enfermagem, no qual que são 2 enfermeiras na unidade que eu trabalho e ACS's e médicos" (P4)*

Corroborando com o trabalho de Coutinho, Barbieri e Santos (2015) o acolhimento ainda não se encontra efetivado nos modelos de atenção à saúde, fato que dificulta sua realização nos serviços de saúde (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Cabe salientar que a PNH contribui de forma significativa para um atendimento mais humanizado, de qualidade e efetivo para trabalhadores, gestores e população, visto que suas diretrizes, em especial o acolhimento, deve se fazer presente na rotina da APS, a fim de garantir cuidado qualificado e integral (RODRIGUES; MAIA; SOUZA, 2022).

A escuta qualificada, conforme os entrevistados, se dá pela escuta, pela criação de um ambiente favorável aos usuários, de forma que eles se sintam à vontade, transmitindo confiança, buscando atender suas demandas, anseios e possíveis problemas. Alguns trouxeram que a escuta qualificada pode ser realizada pelo recepcionista, ali mesmo na sala de recepção, o qual irá receber o usuário e encaminhá-lo ao serviço do qual ele necessita. Outras vezes, a fim de garantir maior privacidade, o usuário é encaminhado para uma sala mais reservada.

Diversas vezes a escuta qualificada se perde no atendimento da recepção devido a alta demanda que recai sobre os profissionais: *"Essa recepcionista é a porta de entrada da unidade, a primeira pessoa que o usuário se depara com ela, a gente tenta sempre assim, orientar para que a escuta qualificada dela seja no sentido de tentar entender esse usuário, e encaminhá-lo para o tipo de profissional, então não é o tempo todo também que ela consegue fazer um atendimento de qualidade para esse usuário, porque às vezes essa recepcionista está atendendo dois, três, até quatro de uma vez só, mas a gente tenta assim de uma forma que se ela não tem domínio de uma informação ela treina com algum profissional dentro da unidade, para que a gente tente, da melhor forma possível, qualificar esse atendimento que é ouvir com qualidade aquilo que ele precisa"(P5)*

Para que a humanização de fato ocorra torna-se essencial o investimento no trabalhador da saúde, para que ele disponha das condições necessárias para a realização de um trabalho humanizado. Em casos em que há a desvalorização do trabalhador, quantidade insuficiente de profissionais, sobrecarga de trabalho, dentre outros inúmeros desafios a humanização se torna mais difícil de acontecer (CASATE; CORRÊA, 2005).

A escuta qualificada se dá também no momento do atendimento do usuário pelo profissional, normalmente encaminhado pelo serviço de triagem, sendo realizada a anamnese e as perguntas relacionadas a Enfermagem: *"Existe um agendamento do*

horário do paciente, é feito o cronograma de Enfermagem e o cronograma médico, e durante a consulta de Enfermagem, depende do atendimento, seja pré-natal, preventivo, visitas domiciliares, é feita toda a anamnese, todas as perguntas necessárias para o diagnóstico da enfermagem" (P4)

A capacitação dos profissionais emerge novamente como um problema para a realização da escuta qualificada do usuário: *"Então isso que eu te falei, como lá na hora da recepção, a pessoa não foi capacitada, ela não sabe muito, não se dá a escuta qualificada como tem que dar, quando eu vou lá na recepção e pego o paciente e eu sento aquele paciente comigo e escuto ele, só que a gente tem a humanização dentro da ESF, a gente trata eles de forma humana, a gente tenta dar continuidade, mas na recepção eu falo 'gente vamos tratar todo mundo bem', mas tem hora que, como ela não é capacitada, não tem o olhar que o enfermeiro tem, nem o médico tem o olhar da humanização do enfermeiro, ai tem hora que deixa a desejar" (P10)*

A realização do acolhimento facilita a comunicação entre profissionais e usuários, devendo-se realizar a escuta qualificada que de fato evidenciará as principais demandas da população. Ademais, o acolhimento promove melhorias no trabalho multiprofissional, ocasionando mudanças no processo de trabalho e gestão, promovendo a corresponsabilização do cuidado e um trabalho voltado às demandas da população, garantindo sua satisfação e oportunizando a resolutividade (CRUZ; SANTOS; ARAÚJO, 2022).

Quando os profissionais foram questionados sobre a assistência ofertada ao usuário, ela se faz por meio de demanda espontânea ou de marcações. As agendas são organizadas seguindo programas e cronogramas. A maioria dos agendamentos é feito via ACS ou por busca ativa do usuário pelo serviço de saúde, sendo o ACS um importante elo entre usuários e serviço.

> *"O vínculo é estabelecido de forma direta, também através do ACS, que é a porta de entrada, que passa para a gente e cria aquele vínculo, ou através deles mesmos que vem a nossa procura aqui na unidade"(P7)*

Quando há a demanda espontânea os usuários são classificados de acordo com o risco e atendidos pelo médico ou enfermeiro, e, quando necessário, são encaminhados para a atenção secundária e terciária: *"A assistência é feita por ordem*

de necessidade, por classificação de risco, e aí quando há necessidade, encaminhar para o atendimento médico, ou até mesmo do médico para atenção secundária ou terciária" (P3)

Muitas vezes a assistência ao paciente é ofertada via visita domiciliar: *"Existem dois tipos de assistência: a assistência ambulatorial que o paciente chega para o atendimento na unidade, e também tem a assistência domiciliar para aquele paciente que está precisando do cuidado no leito do seu domicílio" (P11)*

As visitas domiciliares neste estudo foram uma estratégia importante de assistência ao paciente, fato que corrobora com o trabalho de Coutinho, Barbieri e Santos (2015), que explicitou seu papel de destaque no processo de acolhimento (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Com os pacientes são os ACS: *"Pelo Agente de Saúde, o meu apoio é o Agente Comunitário de Saúde" (E9).* Os outros profissionais também acabam auxiliando nesta comunicação, porém de maneira menos expressiva.

A atuação do ACS, conforme já evidenciado na literatura, apresentou papel de destaque. O ACS é visto como um importante elo entre a população e o serviço, sendo essencial no processo de comunicação da equipe com a comunidade (CHAVES *et al.,* 2022; HAINES *et al.,* 2020).

O *Whatsapp* também foi uma ferramenta de destaque nessa comunicação com os usuários: *"Eu trabalho na zona rural, mas quando eu preciso me comunicar com o usuário eu converso ali ou me comunico pelo WhatsApp, e aqueles em que não tem acesso a internet eu comunico verbalmente mesmo, pessoa por pessoa" (E4),* bem como outras ferramentas como mensagens e até mesmo *QR Code*.

O avanço na tecnologia e seus impactos na comunicação são evidentes. Deve-se, entretanto, ter cuidado para que seja feita a conciliação entre humanização e tecnologia, de forma que elas não se opunham, pelo contrário, se complementem (CASATE; CORRÊA, 2005).

Também realiza-se a comunicação verbal (quando possível), acolhimento, suporte, visitas domiciliares e, em casos nos quais não é possível a comunicação verbal, os

profissionais lançam mão de meios alternativos, como libras, figuras, comunicação visual, dentre outros.

> *"Estratégia verbal, estratégia visual para aqueles pacientes que não sabem ler, através de desenhos para eles poderem entender a questão medicamentosa, tem muitos pacientes analfabetos na minha área, então eles precisam de uma identidade visual para poder estar absorvendo o que a gente tem que passar" (P11)*

Busca-se com a comunicação a produção de conversas buscando o diálogo entre os diversos atores, sendo a comunicação importantíssima no cuidado em saúde, na gestão e no processo de humanização. É essencial que a comunicação seja o pilar do cuidado, e entre usuário e equipe de saúde, cada um reconhecendo seu papel e se dedicando ao cuidado integral (DESLANDES; MITRE, 2009).

O vínculo com os usuários é usualmente estabelecido ganhando a confiança do usuário: *"O vínculo é através do ganho de confiança, isso é um trabalho que requer tempo e dedicação, não é imediato, primeiro você ganha a confiança desse paciente, que ele se sinta à vontade em passar e compartilhar os problemas, para que você consiga atuar" (P3).*

O tratamento do paciente conforme suas necessidades, atendendo às suas demandas, também se mostrou uma forma de efetivar esses vínculos. A realização de conversas e ações de saúde, como o "Hiperdia", também se mostraram propícios à efetivação dos vínculos.

> *"O atendimento, a gente busca estar orientando as necessidades dele, através da necessidade do paciente e esse vínculo é formado, a gente vê a necessidade, se é um hipertenso estar reagendando, estar acompanhando através das ACS's também, inserindo em grupos né, a gente deu levantamento a alguns grupos agora de Hiperdia e do pré-natal, e pré-natal com parceiros, então assim, esse vínculo se dá conforme o atendimento e as necessidades desse paciente" (P1)*

Outras formas de criarem os vínculos são por meio dos cadastros, contatos com os profissionais (em especial os ACS) e de forma direta, durante os atendimentos.

Os usuários relacionam o acesso aos serviços, a oferta de ações, a forma que são recepcionados e a criação de vínculos com os profissionais à humanização, sendo importante a realização de um atendimento humanizado e acolhedor, ou caso contrário a relação com o usuário se torna enfraquecida, o que ocasiona reflexos negativos no serviço e na relação com o usuário (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

É necessária a dilatação do cuidado em saúde dos usuários, a fim de superar a visão biologicista e ampliar o cuidado em saúde. Esse contato com o usuário permite o diálogo e a efetivação de vínculos, indo além das demandas trazidas pelo usuário (TAVARES *et al.*, 2014).

A humanização do atendimento preza por um atendimento pautado na integralidade, participação social, equidade e nos princípios e diretrizes do SUS, ocasionando a reavaliação das práticas em saúde, valorizando o profissional e o usuário e qualificando o serviço em saúde (CASATE; CORRÊA, 2005), o que pode ser alcançado pela PNH efetiva na prática cotidiana do fazer saúde.

Humanização no ambiente de trabalho

O trabalho entre os profissionais da unidade é realizado em equipe, de forma multiprofissional, no qual cada um em seu setor trabalha de forma conjunta com todos os demais profissionais atuantes no serviço: *“O trabalho hoje, sei que é um trabalho de equipe, multiprofissionais na atuação, onde compreendemos aqui na unidade 2 técnicos, 1 enfermeira no momento, 1 dentista e 2 médicos atuando, e quando a gente necessita de apoio de uma equipe especializada, a gente tem um grupo de apoio né da ACS” (P3)*

A própria rotina da unidade e os encaminhamentos fazem com que os profissionais compartilhem conhecimentos e até mesmo trabalhem em alguns casos de forma conjunta. Apesar do bom trabalho multiprofissional, foram citados problemas de relacionamento entre as equipes.

> *“Da mesma forma, é um trabalho de formiguinha, muitos funcionários são difíceis de lidar, são difíceis de relacionamento, então a gente precisar ser dócil, às vezes ser ríspida, ríspida não né, porque a gente não pode ser isso, tem que ser firmes, às vezes precisamos ser firmes, e tentar o máximo possível de trabalho em equipe para estar ajudando o próximo” (P11)*

Os achados deste trabalho corroboram aos achados de Lopes *et al.* (2019), que evidenciou que as práticas coletivas acontecem nos locais e concretizam a realização de Educação Permanente em Saúde (EPS), por meio de trocas de saberes entre profissionais, reuniões, matriciamentos e discussões em equipe, evidenciando assim as práticas coletivas e as ferramentas educacionais como dispositivos de EPS para a implantação da humanização na atenção básica (LOPES *et al.*, 2019).

Outrossim, o trabalho realizado de forma multiprofissional e que apresenta bons resultados ao serviço além de garantirem maior qualidade aos usuários dos serviços de saúde se encontram consoantes aos interesses e objetivos da PNH (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Quando os profissionais foram questionados com relação a implementação da PNH em seu local de trabalho, a maioria afirmou que ela se encontra, em partes, implementada, entretanto, inúmeros são os desafios que ainda persistem, como o perfil profissional, problemas do próprio serviço e falta de capacitações sobre a política.

> *“50% (implementada) dependendo do profissional, que existem profissionais e profissionais, existem aqueles profissionais que até para dar um não ele sabe dar um sorriso, mas tem profissionais que não se enquadram nesse quesito de humanização e acolhimento” (P11)*

Algumas barreiras ainda persistem no processo de implementação das políticas, sendo eles o pouco incentivo aos trabalhadores e problemas de comunicação, que afetam tanto a PNH quanto a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que muitas vezes é definida somente como a qualificação técnica, buscando apenas dados mensuráveis (TAVARES *et al.,* 2014).

Alguns ainda disseram que esse processo de implementação se encontra em fase inicial, com a conscientização e conhecimento sobre a PNH: *“A gente está começando*

de que forma, primeiro conscientizando os profissionais da humanização e organizando nosso fluxo de trabalho, para que esse paciente tenha uma qualidade melhor nesse atendimento (P1)

Para alguns profissionais esse processo de implementação ainda nem começou: *“Não, acredito que não, acredito que gente tenha que caminhar muito, que os profissionais tenham que ter empoderamento dessa política, que teriam que ler, sentar, fazer roda de conversa, coisa que a gente não consegue fazer aqui, o que a gente faz na unidade é a reunião mensal, mas praticamente é uma reunião que fica voltada para discutir cronograma, como vai ser o cronograma do mês, a gente não está conseguindo sentar para discutir seja a PNH ou qualquer outra coisa, então a equipe eu não considero que esteja capacitada para isso não, tem que estar sentando, tem que estar tendo treinamento para melhorar esse atendimento sim” (P5)*

A PNH de fato enfrenta desafios cotidianos, como pouco investimento na formação dos profissionais, segmentação dos serviços de saúde e do trabalho, aspectos relacionados aos direitos dos usuários e a inclusão e valorização de gestores, profissionais e usuários nos modos de fazer saúde (RODRIGUES; MAIA; SOUZA, 2022; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015). A sensibilização dos profissionais para a escuta e o diálogo contempla também relações éticas e de solidariedade, devendo acontecer constantemente e na prática cotidiana, apesar da existência ainda de arranjos administrativos rígidos, técnicos, individualizados e burocratizados (CASATE; CORRÊA, 2005).

Emergiram dos profissionais sugestões para melhorias nesse processo, como capacitações para melhor entendimento da política: *“Eu acho que capacitações, eles precisam entender o que é humanização primeiro” (P1).* Necessita-se que as capacitações sejam realizadas de forma constante devido a alta rotação de profissionais nos serviços de saúde e ausência de apoio e de trabalho multiprofissional.

A EPS é uma ferramenta primordial para a modificação e a qualificação dos profissionais do serviço, com o propósito que esses trabalhadores compreendam a necessidade da realização do acolhimento humanizado e de fato o realize em seu cotidiano prático (CRUZ; SANTOS; ARAÚJO, 2022).

A PNH tem na APS um cenário importante para a implementação da política, bem como seus princípios e diretrizes. Entretanto, necessita que a PNH seja de fato implementada, principalmente pelo que a APS representa, a porta de entrada preferencial do SUS, devendo a PNH estar presente em todos os programas e políticas do serviço de saúde (RODRIGUES; MAIA; SOUZA, 2022).

Ademais, além da efetivação de fato da PNH, a humanização necessita ser assumida como processo de educação permanente pelos profissionais, buscando um cuidado ampliado e que atenda a todas as necessidades dos usuários dos serviços de saúde (TAVARES *et al.*, 2014).

A humanização perpassa os mais diversificados campos, com questões que se relacionam não somente a uma política, mas também a cidadania, comprometimento social, qualidade de vida, práticas em saúde, saberes e relações interpessoais e interprofissionais, culminando sempre para o bem estar do usuário do serviço de saúde (CASATE; CORRÊA, 2005).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PNH está sendo aplicada na ESF no município do estudo apesar de desafios ainda existirem. Com relação ao conceito de humanização e da PNH os profissionais apresentaram conhecimento satisfatório. O bom entendimento dos conceitos de humanização e da PNH, o fluxo de atendimento organizado, a criação de vínculo e a escuta qualificada dos usuários se mostraram estratégias eficientes à implementação da PNH.

O trabalho multiprofissional, o uso de ferramentas tecnológicas na comunicação com os usuários, a boa atuação dos ACS, a criação de vínculos, a escuta qualificada e as formas alternativas de comunicação com os usuários se mostraram facilitadores da implementação da PNH. Persistem desafios relacionados à capacitação dos trabalhadores, a implementação incompleta da política no serviço de saúde, sendo bonita “no papel” e a falta humanização no acolhimento.

Pretendeu-se com o trabalho retratar como está sendo aplicada a PNH em um município, bem como evidenciar a temática entre os profissionais a fim de retratar um cenário e a partir daí contribuir para a adoção de medidas que, cada vez mais, contribuam para a implementação da PNH.

Como sugestões foram citadas as necessidades de realização de Educação Permanente em Saúde e capacitações aos trabalhadores do serviço, bem como reorganização do processo de trabalho.

O trabalho apresenta como limitações aquelas inerentes ao estudo descritivo, bem como a evidenciação em uma realidade de um município de pequeno porte que muitas vezes é diferente de outras regiões. Sugere-se a realização de novos estudos em outras regiões.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, F. P.; FERREIRA, M. A. Representações sociais sobre humanização do cuidado: implicações éticas e morais. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 2, p. 287-293, 2011.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde soc**., São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 jul. 2021.

BARBOSA, I, A; SILVA, M, J. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista Brasileira de enfermagem**. Brasília, v. 60, n. 5, p. 546- 551, set- out. 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70. 2016.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saude soc.**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000**. O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social [relatório final]. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf1_cns.pdf. Acesso em: 02 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha humaniza SUS na atenção básica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-Gestor Atenção Básica: Informação e Gestão da Atenção Básica**. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml. Acessado em: 03 nov. 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para seu fortalecimento?** Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus. Acessado em: 18 nov. 2022a.

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**. 4ª. ed. 4ª. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSUS_politica_nacional_humanizacao.pdf. Acesso em: 02 nov. 2022.

CAMPOS, A. C. S. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 979-981, 2007.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. **HUCITEC**, p.132-153, 2008.

CAPRARA, A. *et al.* A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de saúde pública**, v. 15, p. 647-654, 1999.

CARDOSO, I. M. "Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições. **Saude soc.**, v. 21, suppl 1, p. 18-28, 2012.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, v. 9, p. 161-168, 2005.

CHAVES, V. C. B *et al.* O trabalho do Agente Comunitário de Saúde como doação, abnegação e criação de vínculo: subjetividades produzida. **Revista Uruguaya de Enfermería**, v. 17, n. 1, e2022v17n1a1, 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. Atenção Primária. Seminário para a estruturação de consensos. Caderno de informação técnica e memória de Progestores. Brasília: CONASS, 2004.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em debate**, v. 39, p. 514-524, 2015.

CRUZ, L. P.; OLIVEIRA, L.; ARAÚJO, B, O. Importância da educação permanente em saúde para a promoção do acolhimento na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Col. UEFS,** v. 12, n.1, p. e-5842, 2022.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 641-649, 2009.

FACHIN, O. **Fundamentos de Metodologia**. 5ª edição. São Paulo. Editora Saraiva. 2006.

FREITAS, F. D. S.; FERREIRA, M. A. Saberes de estudantes de enfermagem sobre a humanização. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, p. 282-289, 2016.

GARCIA, E. **Marketing na Saúde - humanismo e lucratividade**. Goiânia: AB, 2005.

HAINES, A. *et al.* National UK programme of community health workers for COVID-19 response. **Lancet**, v. 395, n. 10231, p. 1173-1175, 2020.

LACERDA, A. S. B. *et al*. Embracement with risk classification: relationship of justice with the user. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, n. 6, nov. 2019.

LOPES, M. T. S. R. *et al.* Educação permanente e humanização na transformação das práticas na atenção básica. **REME – Rev Min Enferm**, v. 23, p. e-1161, 2019.

LOPES, M. T. S. R.; LABEGALINI, C. M. G.; BALDISSERA, V. D. A. Educar para humanizar: o papel transformador da educação permanente na humanização da atenção básica. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 25, p. 26278, 2017.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

MORELATO, C. S. *et al*. Acolhimento da demanda espontânea na Atenção Primária: necessidades de aprendizagem de enfermeiros. **Rev Bras Enferm.**, v. 74, n. 2, p. 1-9, 2021.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, É. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, p. 4541-4548, 2011.

RAMOS, E. A. *et al*. Humanização na Atenção Primária à Saúde. **Rev Med. Minas Gerais**, v. 28, n. Supl. 5, p. S280522, 2018.

RIOS, A. S.; CARVALHO, L. C. Educação permanente em saúde mental: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1-23, 2021.

RIOS, I. C. Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. **Saúde soc**., São Paulo, v. 17, n. 4, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000400015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jul. 2021.

RODRIGUES, I. A.; MAIA, A. M. Q.; SOUZA, N. P. A política nacional de humanização e o cuidado em saúde: contribuições da política para a atenção primária à saúde no estado do Rio de Janeiro. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.**, v. 6, n. 1, p. 751-770, 2022.

SAMPAIO, R. A. *et al*. Desafios no acolhimento com classificação de risco sob a ótica dos enfermeiros. **Cogitare Enferm**., v. 27, n. e80194, 2022.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 999-1010, 2007.

SILVA, N. R. S. *et al.* A humanização da assistência de enfermagem na perspectiva de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.8, n.4, p.30417-30431, apr., 2022.

SIMÕES, A. L. A *et al*. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 16, p. 439-444, 2007.

SIMÕES, A. L. A. *et al.* Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto contexto - enferm**., v. 16, n. 3, p. 439-444, 2007.

SOUZA, M. C.; FERREIRA, M. T. Produção do cuidado e humanização em saúde: percepção de estudantes de nutrição de uma universidade pública. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 17, n.46, 2020.

SOUZA, M. M. Um histórico acerca da concepção de humanização hospitalar. **Psicópio: Revista virtual de psicologia hospitalar e da saúde,** v. 2, n. 3, p. 4-12, 2006.

SOUZA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 25, p. 327-338, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TAVARES, D. S. *et al.* HUMANIZAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE: IMPLICAÇÕES NO COTIDIANO DE TRABALHO. **Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 15, n. 2, p. 205-213, 2014.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3,2005.

VAITSMAN, J; ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 599-613, [s.d]. 2005.

WARMLING, C. M. *et al.* Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, e00009917, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe. **Declaration of Alma-Ata**. World Health Organization. 1978. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/347879. Acesso em: 06 nov. 2022.

YASUI, S.; SANTOS, L. A. dos. Oficinas de sensibilização: experimentações da Política Nacional de Humanização. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, 12(ed. esp.): 35-40, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Unidade: _____

Sexo:

Profissão:

Tempo de unidade:

Especialização:

Idade:

1- O que você entende por humanização?
2- Como se dá a recepção dos usuários?
3- Como acontece a escuta qualificada?
4- Quais as estratégias de comunicação que você utiliza com os usuários?
5- Como que acontece a assistência do usuário na unidade?
6- Como se faz o estabelecimento do vínculo com esses usuários?
7- E como acontece o trabalho entre os profissionais da unidade?
8- O que você sabe sobre a Política de humanização?
9- Como você acha que está sendo implementada na sua unidade?

APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa, "**HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DA PERCEPÇÃO E DAS VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS SOB O OLHAR DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE",** sob a responsabilidade de Solange Barboza Thompson.

OBJETIVO (S) DA PESQUISA: Neste estudo pretendemos analisar a aplicabilidade dos dispositivos da Política Nacional de Humanização na Estratégia de Saúde da Família do Município de Mimoso do Sul / ES.

JUSTIFICATIVA: A Implantação dos princípios da humanização no acolhimento da recepção, aos usuários do SUS que buscam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde poderá garantir os princípios do SUS e corresponder às expectativas do paciente, sendo este o primeiro contato com o serviço. O estudo da temática humanização do atendimento em saúde é de essencial relevância, uma vez que, a constituição de um atendimento calçado em princípios como: a integridade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, de modo a valorizar a dignidade do profissional e do usuário.

PROCEDIMENTOS: O procedimento realizado será uma entrevista que você responderá algumas perguntas sobre humanização nas unidades básicas de saúde. Caso autorize, realizaremos a gravação da entrevista, apenas para transcrever em outro momento. Os dados serão excluídos e em nenhum momento serão identificados. Para participar deste estudo, você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Devido a pandemia de COVID-19, resguardados pela carta circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS essa pesquisa pode ser realizada de forma virtual, se

assim acontecer, você responderá a mesma através de plataforma adequada e explicaremos todo o processo da pesquisa.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA: As entrevistas serão realizadas de forma presencial ou remota em plataforma virtual, a exemplo do Google Meet ou Tems. Caso seja presencial, a entrevista acontecerá em dia e horário a ser marcada com o entrevistado, com duração entre 10 a 30 minutos a depender de cada entrevistado. A entrevista acontecerá em um local reservado na unidade de saúde na qual o enfermeiro esteja cadastrado, que será disponibilizado pelos gestores da unidade. Em caso de a entrevista ser virtual, todos os procedimentos serão feitos da mesma forma, respeitando dia e horários agendados e a entrevista acontecerá em ambiente virtual estando esse enfermeiro em local reservado. A entrevista só se iniciará com autorização do entrevistado, quando este se sentir à vontade para iniciar.

Todas as entrevistas só serão gravadas se autorizadas pelo entrevistado.

RISCOS E DESCONFORTOS

RISCOS: A nossa pesquisa apresenta riscos relacionados a identidade dos participantes aos quais os pesquisadores se comprometem a manter a confidencialidade e o anonimato dos mesmos a partir da omissão dos seus nomes. Os pesquisadores esclarecem que não que não será realizada qualquer tipo de intervenção invasiva.

DESCONFORTOS: A pesquisa pode apresentar um desconforto relacionado a realização das entrevistas com os enfermeiros, que serão realizadas após

agendamento prévio quando os participantes da pesquisa julgarem oportunos, em ambiente reservado, visando preservar o caráter confidencial e a identidade dos participantes, e que não interfira na atividade laboral dos profissionais de saúde. Os constrangimentos em relação à entrevista, caso aconteçam, serão solucionados e orientados pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo, eu Solange Barboza Thompson serei responsável para informar que você tem o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, não havendo qualquer tipo de constrangimento entre as partes.

BENEFÍCIOS: Este estudo poderá contribuir para ilustrar a pluralidade de entendimento dos profissionais de saúde sobre a humanização. Os aspectos positivos encontrados podem ser utilizados com a finalidade de agregar as ideias para uma construção coletiva de intervenções no âmbito da saúde local e municipal. É interessante promover a humanização, e esta deve ser uma característica a ser utilizada pelos gestores como força motriz para o processo de implementação e consolidação da política de humanização nos serviços.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Durante a elaboração da pesquisa, os pesquisadores estarão dando total assistência e em caso de intercorrências, essas serão sanadas imediatamente pela equipe de pesquisa.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO: Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: Ainda os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada. Assim, os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo as duas assinadas, onde uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você e seu responsável e se for realizada virtualmente, por e-mail.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO: Fica garantido a você o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar o(a) pesquisador(a) SOLANGE BARBOZA THOMPSON pelo telefone (27)99902-4649, no endereço: Rua Espírito Santo, 194, Bairro Centro, Mimoso do Sul – ES, CEP: 29400-000. Você também pode solicitar o contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM (CEP/EMESCAM) através do telefone (27) 3334-3586, e-mail comite.etica@emescam.br ou correio: Av. N. S. da Penha, nº 2190, Santa Luiza – Vitória – ES – cep: 29045-402. O CEP/ EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30h às 17h e sexta-feira, das 13:30h às 16h.

Eu,_____, portadora do documento de Identidade_____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo

de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Recebi uma via deste termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Assim, estarei ciente que receberei uma via desse documento e a outra ficará com os pesquisadores responsáveis.

_____,_____,_____de_____de 2022.

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa **"HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DA PERCEPÇÃO E DAS VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS SOB O OLHAR DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE",** eu SOLANGE BARBOZA THOMPSON, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

_____

Pesquisador

_____

Participante da pesquisa

ANEXOS

ANEXO I - CARTA DE ANUÊNCIA

EMESCAM

CARTA DE ANUÊNCIA

De: Solange Barboza Fernandes Thompson.
Mestranda de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Emescam
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/EMESCAM
Para: Eliédson Vicente Morini.
Secretário Municipal de Saúde, Mimoso do Sul – ES

Prezado Secretário,

Eu, *Solange Barboza Fernandes Thompson*, solicito autorização para realização do projeto de pesquisa e da dissertação intitulado: ***HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DA PERCEPÇÃO E DAS VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS SOB O OLHAR DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE***, sob responsabilidade da pesquisadora ***SOLANGE BARBOZA FERNANDES THOMPSON***, do curso de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Emescam.

Essa pesquisa terá como cenário de prática as Unidades de Saúde da Família do município de Mimoso do Sul – estado do Espírito Santo, tendo como participante do estudo Enfermeiros cadastrados nestas unidades, assim solicito autorização para a realização de entrevista junto a estes profissionais.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº: 466/2012 e o projeto somente poderá iniciar nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Mimoso do Sul – Espírito Santo, 08/06/22.

Atenciosamente,

Eliedson Vicente Morini
Secretário Municipal de Saúde
Port. 006/2021

Assinatura e Carimbo do Secretário Municipal de Saúde

CONTATO

E- mail: Solthompson7@gmail.com Telefone: (28) 99902-4649

Av. N. S. da Penha, 2190
Santa Luíza - Vitória
ES - Brasil - CEP 29045-402

EMESCAM
Escola Superior de Ciências da
Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Tel: +55 3334-3500
www.emescam.br

EMESCAM

(X) **Concordamos com a solicitação ( ) Não concordamos com a solicitação**

Declaro que estou ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados nessa pesquisa, conforme me foi apresentado em projeto escrito e que a instituição possui a infraestrutura necessária para o desenvolvimento da pesquisa. Concordo em fornecer os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue:

1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde;

2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;

3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;

4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

O referido projeto será realizado no(a) *Escola América* e poderá ocorrer somente a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Informo ainda, que para início do projeto está direção deve ser informada da aprovação do CEP, pelo pesquisador, através do envio de cópia da carta de aprovação.

( ) Pendência (s) para anuência:

.....

.....

Vitória, 08/06/22

Eliédson Vicente Morini
Secretário Municipal de Saúde
Port. 006/2021

Eliédson Vicente Morini

Assinatura e Carimbo do Secretário Municipal de Saúde

ANEXO II - APROVAÇÃO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Humanização na Atenção Básica: Análise da percepção e das vivências de profissionais sob o olhar da Política Nacional de Humanização em Saúde.

Pesquisador: SOLANGE BARBOZA FERNANDES THOMPSON

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59989722.8.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.511.131

Apresentação do Projeto:

Trata de de um estudo descritivo de abordagem qualitativa que pretende estudar como a Política Nacional de Humanização está sendo aplicada na Estratégia Saúde da Família no município de Mimoso do Sul, ES a partir da percepção dos profissionais envolvidos.

Objetivo da Pesquisa:

Primario:Descrever como Política Nacional de Humanização está sendo aplicada na Estratégia Saúde da Família do Município de Mimoso do Sul / ES.

Secundarios:

Descrever a percepção dos profissionais sobre humanização em saúde;

Identificar como os profissionais de saúde implementam a Política de Humanização;

Descrever estratégias que usam para prover a população a humanização

Identificar facilidades e dificuldades apontadas pelos profissionais para implementação da PNH.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: A pesquisa apresenta risco mínimo, como constrangimento, mas, será reduzido mediante respeito quanto ao entrevistado querer ou não aparecer em vídeos; caso opte em gravar

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

sem a presença do pesquisador e enviar em seguida, será
respeitado. E, independente da escolha, será garantido total sigilo e confidencial das informações coletadas na pesquisa, através do anonimato dos
participantes, por meio de nomes abreviados, em casos que o procedimento venha trazer qualquer tipo de desconforto. A pesquisadora atesta que será responsável
por informar ao entrevistado que ele tem o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento, não havendo qualquer tipo de constrangimento entre partes.
BENEFICIOS: Este estudo poderá contribuir para ilustrar a pluralidade de entendimento dos profissionais de saúde sobre a humanização. Os aspectos positivos
encontrados podem ser utilizados com a finalidade de agregar as ideias para uma construção coletiva de intervenções no âmbito da saúde local e municipal. É interessante promover a humanização, e esta deve ser uma característica a ser utilizada pelos gestores como força motriz para o processo de implementação e consolidação da política de humanização nos serviços

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Pesquisa relevante pois para que haja uma modificação no modelo assistencial é necessário analisar a percepção dos trabalhadores envolvidos no processo de cuidado sobre os aspectos contidos na PNH.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Todos os termos exigidos no processo ético da pesquisa foram apresentados. Projeto detalhado, Carta de anuência, Folha de rosto e modelo de TCLE.
O cronograma na plataforma e no projeto esta considerando a reunião do CEP do dia 28/06, porém, por uma questão interna do CEP, o mesmo foi avaliado na reunião extraordinária 5/07/2022

Recomendações:
Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Não há

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM

Continuação do Parecer: 5.511.131

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1964858.pdf	22/06/2022 19:15:43		Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	22/06/2022 19:15:21	SOLANGE BARBOZA FERNANDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	21/06/2022 16:30:47	SOLANGE BARBOZA FERNANDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	21/06/2022 16:30:11	SOLANGE BARBOZA FERNANDES THOMPSON	Aceito
Declaração de concordância	ANUENCIA.pdf	13/06/2022 15:05:09	SOLANGE BARBOZA FERNANDES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM

Continuação do Parecer: 5.511.131

VITORIA, 05 de Julho de 2022

Assinado por:
rubens josé loureiro
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br