

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**JOANA CARLOS BECKER  
MARIA EDUARDA OLIVEIRA LEAL**

**20 ANOS DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: MUDANÇAS NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DOS ENFERMEIROS DE UM  
MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL CATARINENSE**

**CRICIÚMA  
2024**

**JOANA CARLOS BECKER  
MARIA EDUARDA OLIVEIRA LEAL**

**20 ANOS DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: MUDANÇAS NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DOS ENFERMEIROS DE UM  
MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL CATARINENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para  
obtenção do Grau de Bacharel no Curso de  
Enfermagem da Universidade do Extremo Sul  
Catarinense – UNESC.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> M<sup>a</sup>. Letícia Felipe Milak.

**CRICIÚMA**

**2024**

**JOANA CARLOS BECKER  
MARIA EDUARDA OLIVEIRA LEAL**

**20 ANOS DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: O QUE MUDOU NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DOS ENFERMEIROS DE UM  
MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL CATARINENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para  
obtenção do Grau de Bacharel, no Curso de  
Enfermagem da Universidade do Extremo Sul  
Catarinense - UNESC.

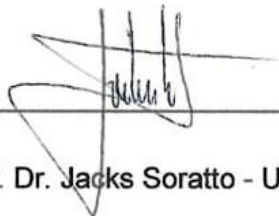
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> M<sup>a</sup>. Letícia Felipe Milak.

**Criciúma, 10 de maio de 2024.**

**BANCA EXAMINADORA**



Prof.<sup>a</sup> M<sup>a</sup>. Letícia Felipe Milak - UNESC - Orientadora



Prof. Dr. Jacks Soratto - UNESC



Prof.<sup>a</sup> M<sup>a</sup>. Liliانا Dimer - UNESC

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaríamos de agradecer a Deus por guiar nosso caminho e nos fortalecer com sabedoria e paciência para lidar com os obstáculos que surgiram durante essa caminhada.

Agradecemos aos nossos pais, Izaias e Rosimere, Ronaldo e Sidnéia, pela presença constante em nossa vida, pelo amor incondicional, incentivo, confiança depositada em nós e acalento nos momentos mais difíceis. Agradecemos por tudo de bom que vocês representam em nossa vida, amamos vocês!

À minha irmã, Anelise, pelo apoio, compreensão e carinho. Você foi a minha inspiração desde a infância, como pessoa e como profissional. E você me deu dois presentinhos, junto ao Marcelo, meus sobrinhos Nicolas e Helena, que reforçam a cada dia meu propósito de cuidar da vida e me mantém acreditando que sempre vale a pena lutar. Amo vocês.

Ao meu companheiro, José Gustavo, por me apoiar em momentos de alegria e também nos de aflição e angústia, esteve ao meu lado e sempre dizia: “Não se preocupa, você vai conseguir e vai se sair muito bem”. Você me ajudou e confiou no meu potencial. Obrigada por caminhar ao meu lado.

À nossa orientadora, Prof<sup>a</sup> Letícia Felipe Milak, por se fazer presente durante a construção deste estudo, suas contribuições foram essenciais para nosso crescimento profissional. Obrigada!

Agradecemos aos enfermeiros da APS do município de Criciúma que participaram deste estudo, sem a colaboração de vocês não seria possível a concretização deste trabalho.

A todo corpo docente do Curso de Enfermagem que passaram ao longo de cinco anos nos ensinando e orientando na caminhada profissional, gratidão pelos ensinamentos e experiências únicas.

Por fim, mas não menos importante, agradecemos uma à outra. Ter uma amizade genuína sem dúvidas deixa o caminhar mais bonito e mais leve pois sabemos que podemos nos apoiar uma na outra em momentos de tristeza e comemorar com as alegrias, afinal “a felicidade só é verdadeira quando compartilhada” (Henry David Thoreau). Obrigada por ser quem és.

*“É fundamental diminuir a distância  
entre o que se diz e o que se faz,  
de tal forma que, num dado momento,  
a tua fala seja a tua prática”*

Paulo Freire

## RESUMO

A humanização nos serviços de saúde constitui-se como uma potente ferramenta para a melhoria do atendimento e qualidade do serviço, assim, a Política Nacional de Humanização foi criada para aperfeiçoar o processo de trabalho em prol dos usuários, profissionais e gestores de saúde. O enfermeiro é o elo entre serviço e comunidade, como referência. Tendo em vista a importância do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde, este estudo buscou conhecer, sob a ótica dos profissionais, como estes avaliam os 20 anos de Política Nacional de Humanização e quais mudanças sofreram ao longo do tempo. A metodologia utilizada foi uma abordagem qualitativa, realizou-se entrevistas com os enfermeiros que atuam há cinco anos ou mais na Atenção Primária à Saúde em um município do extremo sul catarinense. A amostra ocorreu a partir da saturação de resultados e a análise de conteúdo proposta por Minayo. O perfil dos enfermeiros é maioria do sexo feminino, 53,3% dos entrevistados tem de 33 a 40 anos, a média do tempo de formação é de 16,13 anos. De acordo com os resultados, os enfermeiros possuem conhecimento prévio sobre a política, a maioria por meio das capacitações do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização do município e identificam a prática da humanização no cotidiano por meio do acolhimento e escuta qualificada. Em relação às potencialidades, os enfermeiros apontaram a autonomia e empoderamento dos sujeitos, enquanto fragilidades citaram a desvalorização dos profissionais que atuam na assistência e a sobrecarga do serviço que dificulta um atendimento humanizado. Assim, pode-se concluir que a PNH tem grande impacto no serviço do enfermeiro dentro da APS, porém precisa ser reafirmada cotidianamente através da educação permanente.

**Palavras-chave:** Política Nacional de Humanização, Atenção Primária à Saúde, Enfermeiro, Humanização.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Rede de Atenção à Saúde (RAS) evidenciando a Atenção Primária como coordenadora e articuladora entre atenção em saúde-usuário no SUS.....	17
Figura 2 - Distritos Sanitários de Saúde do município de Criciúma, Santa Catarina, Brasil. ....	23

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados socioeconômicos .....	29
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AP	Atenção Primária
PMC	Prefeitura Municipal de Criciúma
AMREC	Associação de Municípios da Região Carbonífera
ESF	Estratégia Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Redes de Atenção à Saúde
AB	Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
NEPSHU	Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização
PTS	Projeto Terapêutico Singular
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

## Sumário

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
1.1 QUESTÃO NORTEADORA.....	13
1.2 PRESSUPOSTOS.....	13
1.3 OBJETIVOS .....	14
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>14</b>
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) .....	14
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	16
2.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO .....	18
<b>2.3.1 Acolhimento</b> .....	<b>18</b>
<b>2.3.2 Gestão participativa e Cogestão</b> .....	<b>19</b>
<b>2.3.3 Ambiência</b> .....	<b>19</b>
<b>2.3.4 Clínica Ampliada</b> .....	<b>19</b>
<b>2.3.5 Valorização do trabalhador</b> .....	<b>20</b>
<b>2.3.6 Defesa dos direitos dos usuários</b> .....	<b>20</b>
2.4 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	20
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>22</b>
3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA E TIPO DE ESTUDO .....	22
3.2 LOCAL DO ESTUDO .....	22
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	24
<b>3.3.1 Critério de inclusão</b> .....	<b>24</b>
<b>3.3.2 Critério de exclusão</b> .....	<b>24</b>
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	24
3.5. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	25
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	26
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	27
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>29</b>
4.1 CATEGORIA 1 - DADOS SOCIOECONÔMICOS .....	29
4.2 CATEGORIA 2 - CONTATO PRÉVIO COM A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	31
4.3 CATEGORIA 3 - HUMANIZAÇÃO NA PRÁTICA PROFISSIONAL.....	36
4.4 CATEGORIA 4 - POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	54

4.5 CATEGORIA 5 - AVALIAÇÃO DOS 20 ANOS DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	59
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>64</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>72</b>
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO PARA QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO .....</b>	<b>72</b>
<b>APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO C - CARTA DE ACEITE .....</b>	<b>79</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como a porta de entrada para o serviço público de saúde (Brasil, 2017a). Este sistema organiza-se em níveis de atenção, sendo nível primário a APS, secundário, com os ambulatórios especializados e terciário, caracterizado pela Atenção hospitalar (Braz *et al*, 2023). Ao decorrer do trabalho, abordaremos o primeiro nível de atenção, essa responsabiliza-se pelo cuidado individual e coletivo, sendo constituída por Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde a equipe de saúde irá atuar na Estratégia Saúde da Família (ESF) que visa a promoção, proteção, prevenção de saúde, além de diagnósticos, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde (Ferreira; Périco; Dias, 2018).

A ESF, modelo assistencial da APS, caracteriza-se como o principal ponto de conexão entre a comunidade, profissionais de saúde e a unidade de saúde (Brasil, 2017a), mostrando-se cada vez mais essencial à população. A expansão e manutenção da sua cobertura no território promove efeitos positivos, visto que eleva a oferta de serviços e ações de saúde aos usuários, reduzindo os agravos advindos de causas sensíveis à APS, sendo estes agravos caracterizados por 19 condições, subdivididas em mais de 100 variações e adscritas no cadastro internacional de doenças (CID) (Facchini; Tomasi; Dilélio, 2018; Brasil, 2008).

A atuação do enfermeiro enquanto profissional da equipe básica da ESF é uma potente ferramenta de mudança para a prática clínica, designando o usuário como o centro do cuidado, promovendo a integralidade do sujeito, levando o enfermeiro a atuar de acordo com as necessidades de saúde dos indivíduos buscando a qualidade de vida. Ainda, a prática do enfermeiro é desenvolvida de acordo com a exigência do exercício da profissão, sendo a consulta de enfermagem um importante instrumento de trabalho (Ferreira; Périco; Dias, 2018).

A Política Nacional de Humanização (PNH) caracteriza-se como uma política do Sistema Único de Saúde (SUS) que possui princípios e diretrizes com a finalidade de alcançar a representatividade e participação dos sujeitos que orquestram a saúde pública: usuários, gestores e trabalhadores, almejando mudanças positivas em todas as esferas nos serviços de saúde (Almeida *et al*, 2019). Assim, no âmbito da APS, a humanização vem como uma política para alterar o processo de trabalho em saúde, levando compreensão aos usuários, melhorias na assistência e construindo o vínculo

entre profissionais e comunidade, essencial para a continuidade do serviço (Sobrinho; Santos, 2021).

A humanização na assistência em saúde pode caracterizar-se pela participação coletiva, em que tanto o usuário quanto os profissionais contribuem para a melhoria da assistência com o diálogo para promoção de ações, campanhas, programas e políticas assistenciais, por meio do respeito e reconhecimento da sua importância como sujeitos que promovem saúde (Oliveira; Collet, 2006). O atendimento da equipe de enfermagem deve ser subsidiado pela humanização, oferecendo um espaço de acolhimento, escuta e diálogo, acolhendo as necessidades e particularidades de cada sujeito (Duarte; Noro, 2010).

Assim, ao humanizar o atendimento, a equipe de enfermagem estará viabilizando um local seguro para o paciente expor suas demandas e angústias, estabelecendo um vínculo entre profissional e usuário que será muito positivo para a realização de procedimentos, condutas e ações/ cuidados de saúde (Henriques *et al*, 2020), aceitando e pondo em prática as orientações dos profissionais, entendendo que a humanização é, também, uma forma de transformação cultural (Simões *et al*, 2007).

## 1.1 QUESTÃO NORTEADORA

Diante do exposto, estabeleceu-se como questão norteadora: Como os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde avaliam os 20 anos da Política Nacional de Humanização?

## 1.2 PRESSUPOSTOS

Os pressupostos foram: a equipe de enfermeiros da Atenção Primária é composta em sua maioria por mulheres. O curso de enfermagem, desde 2003 traz em sua grade curricular o debate das políticas em saúde pautado na necessidade de humanizar pessoas, de modo que o debate aprofundado desta ferramenta foi possível após a sua implementação, na vivência de cada profissional, de forma que o processo se dá de forma gradual, transformando tanto o acolhimento no atendimento aos usuários quanto a relação interprofissional.

As fragilidades encontradas por estes profissionais atuantes na base emergem com a falta de afinidade com o conceito intrínseco da política e também a falta de subsídios e infraestrutura adequada que impede que a humanização de fato aconteça. E como potencialidades podemos elencar a criatividade com que essas enfermeiras levam seu cotidiano, mesmo com o ambiente precário elas conseguem encontrar meios de solucionar alguns problemas de forma concreta com os materiais que tem em mãos.

Assim, ao decorrer dos 20 anos de implantação, a Política Nacional de Humanização se mostra cada vez mais essencial, trazendo-nos a importância do acolhimento e respeito para uma atuação ímpar na saúde pública, visto que o enfermeiro é o profissional que tem o maior contato interpessoal, tanto com a gestão quanto com a população, tornando-se indispensável na implantação da política nos ambientes de saúde.

### 1.3 OBJETIVOS

Para que se pudesse responder à questão norteadora do estudo estabeleceu-se como objetivo geral: Compreender como os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde avaliam os 20 anos da Política Nacional de Humanização.

Os objetivos específicos: Descrever o perfil socioeconômico e educacional dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, reconhecer a visão dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre a humanização no cotidiano assistencial, identificar as potencialidades e fragilidades da Política Nacional de Humanização sob a ótica dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, avaliar as mudanças da Política Nacional de Humanização sob a ótica dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde e compreender o papel do enfermeiro na implementação da PNH no seu local de atuação.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A saúde, de acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (1946) constitui-se como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não

somente ausência de enfermidades”, sendo um direito social, indissociável da condição de ser cidadão, da dignidade da pessoa humana. Como traz a Constituição Brasileira (1988) em seu Art. 196, é um bem que não deve pertencer somente a pessoas que podem pagar por ela ou por receber como caridade. Portanto, em 1988, a saúde passou a ser, por lei, um bem comum pela criação da Lei Nº 8.080/ 90, que regulamenta os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), chamada de Lei Orgânica da Saúde, e a Lei Nº 8.142/ 90, dispondo sobre a governança e aplicação do SUS (Brasil, 1990).

Em uma breve revisão histórica, a conquista da saúde como um bem coletivo é advindo de esforços originários do movimento da Reforma Sanitária, que aconteceram entre os anos de 1970 a 1990, quando o país presenciou o período da ditadura civil-militar de 1964 a 1989, trazendo consigo um ambiente de forte repressão e diversas mazelas sociais para os indivíduos, entre eles a questão da saúde pública, surgindo a necessidade da criação de um sistema de saúde que englobasse a pauta (Codato, 2005; Paim, 2009).

Contemporâneo ao período acontecia a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Alma-Ata, Cazaquistão, em 1978, tendo a OMS como organizadora do evento, reunindo representantes de diversos países, líderes, organizações e profissionais da saúde. Como documento gerado a partir das discussões entre os representantes, declarou-se, de forma notável, que o direito à saúde é de todos, fazendo-se ainda mais necessária em países em desenvolvimento, e este deveria ser um esforço coletivo para atingir a meta, com a mobilização de organizações e o encorajamento dos governantes de forma a unir forças em prol da temática (OMS, 1978).

O SUS apresenta-se como o sistema de saúde que, dentro de suas diretrizes de regionalização, hierarquização e descentralização territorial, é capaz de organizar o cuidado através da Atenção Primária à Saúde (APS), que acompanha e distribui o atendimento entre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) para cidadãs e cidadãos brasileiros, norteado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, cumprindo com os pontos levantados acerca dos debates mundiais (Brasil, 1990). Ele se faz presente em diversos espaços da sociedade, atuando com prevenção (como a vigilância em saúde, a vacinação), promoção (ações de educação em saúde, campanhas de combate a endemias) e a recuperação (centros especializados em reabilitação, equipe multiprofissional) da saúde (Brasil, 1990).

## 2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Brasil possui um sistema público de saúde, este é norteado pela Atenção Primária, ordenadora do cuidado, que busca ações efetivas e melhorias da qualidade do atendimento. A fim de avaliar o nível de desempenho busca-se cumprir atributos, sendo eles divididos em essenciais (atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural) (Machado *et al*, 2021; Oliveira; Pereira, 2013).

De acordo com Toso *et al* (2021) a Atenção Primária caracteriza-se como uma estratégia essencial para a organização, ampliação dos recursos e um funcionamento efetivo dos serviços de saúde. Após a implementação do SUS, no Brasil, a Atenção Básica (AB) passou a ser um modelo para ações que envolvam a população de forma individual e coletiva no nível primário da saúde, direcionando o cuidado rumo à promoção, prevenção e reabilitação de saúde (Batista *et al*, 2023).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), segundo o Art.4º, é composta por princípios e diretrizes do SUS que devem ser instrumentalizados na Atenção Básica, sendo os princípios de universalidade, equidade e integralidade; e diretrizes regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, ordenação da rede e a participação da comunidade (Brasil, 2017a).

A Atenção Primária compõe o Sistema de Saúde, atuando como uma parte integrante essencial para a organização dos serviços, desde nível primário ao terciário (Braz *et al*, 2023). Ainda, destaca-se com ações de prevenção, promoção e proteção de saúde, sendo o serviço mais próximo da comunidade e do território, reconhecida como a coordenadora do cuidado e principal articuladora das Redes de Atenção à Saúde (Santos; Brito, 2021).

Figura 1 - Rede de Atenção à Saúde (RAS) evidenciando a Atenção Primária como coordenadora e articuladora entre atenção em saúde-usuário no SUS



Fonte: Adaptado de Mendes (2011, p. 84 *apud* Santos; Brito, 2021, p. 54).

A Atenção Primária, sendo ordenadora da rede de saúde, deve realizar suas operações de forma a promover o cuidado e, para isso, faz-se necessário a utilização de tecnologias que adaptem-se a diferentes níveis de ofícios, ajustando-se às demandas de saúde da comunidade, bem como as necessidades específicas do território (Galavote *et al*, 2016). Assim, é essencial que os profissionais que atuam na APS sejam engajados, busquem conhecimento e ampliem seus saberes, construindo alicerce científico para a atuação no sistema de saúde.

Ainda, os sistemas que são referenciados pela Atenção Primária possuem inúmeros benefícios, como: soberania nos indicadores de saúde (de forma especial nos infantis); melhor acesso e qualidade na prática e assistência dos serviços de saúde; desempenho positivo na prevenção das doenças e promoção da saúde; apresentam menor gasto e menores índices nas internações (advindas de diversos problemas); atenuação das desigualdades em saúde; e avanço satisfatório nos níveis de saúde da população (Tesser; Norman; Vidal, 2018).

Assim, a APS deve ser a referência dos usuários quando estes precisam de serviços de saúde, seguindo os princípios e diretrizes do SUS. Ainda, é a responsável por olhar os sujeitos de forma integral e singular, considerando suas particularidades advindas de seu contexto, atuando por meio da promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e atenuação dos danos (Brasil, 2017a).

## 2.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A humanização refere-se ao aprimoramento na qualidade do cuidado abrangendo os aspectos técnicos e subjetivos (tanto dos usuários quanto dos profissionais) (Noda *et al*, 2018). Ao falar em humanização nas instituições de saúde, um dos objetivos é de que o serviço seja resolutivo, levando em conta a necessidade individual dos usuários, onde todos os atores deste contexto compreendam sua importância e relevância para a transformação da realidade (Simões *et al*, 2007).

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização tem como objetivo provocar mudanças nas formas de gestão e cuidado, buscando colocar em prática os princípios do SUS. Ainda, vem com a proposta de promover a comunicação entre os atores sociais do SUS, sendo eles: gestores, usuários e profissionais da saúde, a fim de que juntos construam potentes ferramentas em busca de uma nova maneira de “produzir” saúde (Brasil, 2013).

A PNH tem princípios (transversalidade, indissociabilidade entre gestão e cuidado e também o protagonismo, corresponsabilidade e a autonomia) e diretrizes (acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários) (Raimundo; Cadete, 2012; Brasil, 2013 *apud* Santos, 2019). Seu propósito é fornecer o acolhimento e escuta qualificada aos seus principais atores, tirando o foco da doença e transferindo-o para os sujeitos (Raimundo; Cadete, 2012; Brasil, 2013 *apud* Santos, 2019). A PNH propõe-se a valorizar o cotidiano dos serviços de saúde, projetando a participação e envolvimento dos sujeitos no processo de saúde (Nora; Junges, 2013 *apud* Medici; Pinto, 2022).

### 2.3.1 Acolhimento

O acolhimento deve ser reconhecido como uma base para subsidiar a relação entre os profissionais de saúde, serviço e usuários, destacando a singularidade de cada sujeito e reconhecendo suas necessidades e particularidades já no primeiro encontro. O acolhimento será edificado a partir do estudo dos processos de trabalho, de forma coletiva, tendo como objetivo a construção das relações de confiança, bem como vínculo, apoio e compromisso entre os profissionais, as equipes e a comunidade (Brasil, 2013).

### **2.3.2 Gestão participativa e Cogestão**

A gestão participativa caracteriza-se como um ferramenta para a construção coletiva nas mudanças na forma de gestão, unindo trabalhadores da saúde, gestão e usuários em compromisso para produzir saúde, por meio do trabalho em equipe compartilhando as decisões para que sejam analisadas e discutidas, criando espaços para interação e troca de saberes entre profissionais, gestores e comunidade/ usuários de saúde, valorizando e incentivando a participação social de forma a cumprir com um dos fundamentos do SUS, o controle social (Brasil, 2009b).

A cogestão pode ser um lugar de aprendizado coletivo, pactuação de trabalho e, no cotidiano, pode ser experimentada por meio de colegiados, mesas de negociação, gerência de porta aberta, entre outros (Brasil, 2013).

### **2.3.3 Ambiência**

A ambiência tem como objetivo conceber espaços que sejam saudáveis, confortáveis e acolhedores, respeitando a privacidade e individualidade para que seja um lugar positivo e responsável por meio de reformas e adequações nos espaços físicos para que estes atendam às necessidades tanto dos usuários quanto dos trabalhadores, utilizando assim, a ambiência como uma ferramenta para melhorar o processo de trabalho em saúde (Brasil, 2013).

A ambiência traz no seu corpo a importância de olhar para o todo, onde o espaço físico também impacta na prestação de serviços, sendo uma oportunidade de produzir saúde em todos os âmbitos e contextos do território (Brasil, 2017b).

### **2.3.4 Clínica Ampliada**

O propósito da clínica ampliada é articular e incluir os sujeitos, de forma a observar e reconhecer todas as possibilidades de ação, compartilhando e incluindo os usuários de saúde para que estejam engajados no seu tratamento, buscando maior adesão às condutas, estimulando a autonomia no processo e, também, valorizar o que apresenta, considerando suas singularidades enquanto sujeito, abordando diferentes estratégias para que tenha resultados positivos, fazendo uso de distintas abordagens e instrumentos (Brasil, 2009a).

A clínica ampliada e compartilhada respeita a individualidade de cada pessoa, busca ampliar o olhar dos profissionais a fim de propor um cuidado e ações baseadas na integralidade, incluindo a equipe multidisciplinar e o paciente no tratamento, almejando a decisão compartilhada e a autonomia no processo de saúde (Brasil, 2013).

### **2.3.5 Valorização do trabalhador**

A valorização do trabalhador traz no seu descrito a importância de incluir os colaboradores nas tomadas de decisão, possibilitando o diálogo, atuação, a troca de conhecimentos, garantindo sua participação nos espaços de trabalho e gestão do serviço de saúde, incluindo sua visão em torno da qualificação e realização dos processos de trabalho, fortalecendo o grupo (Brasil, 2013).

### **2.3.6 Defesa dos direitos dos usuários**

A defesa dos direitos dos usuários consiste em assegurar que os sujeitos tenham acesso aos serviços de saúde, recebendo um cuidado integral desde a sua entrada no serviço até o momento da alta com assistência da equipe multiprofissional, sendo incluso nos processos de decisão, informado sobre sua saúde e respeitado quanto às decisões em torno de sua saúde (Brasil, 2013). Assim, conforme a Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde (2011) os cidadãos têm direito de acesso ao serviço de saúde e estes devem garantir a promoção, proteção, prevenção, tratamento e a recuperação da saúde e que este atendimento seja adequado, humanizado, com qualidade e acolhedor.

## **2.4 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

A Atenção Primária à Saúde caracteriza-se como o primeiro nível de atenção, sendo a responsável pela promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde, construindo ações que impactam de forma individual e coletiva os seus atores sociais (Ferreira; Périco; Dias, 2018). A equipe de enfermagem está cada vez mais engajada, ocupando merecidos espaços na área da saúde. O profissional enfermeiro tem destaque por seu papel decisivo e participativo frente ao

cuidado da população, atuando com a promoção e proteção da saúde, sendo um ator fundamental nas ações da APS (Backes *et al*, 2012).

O primeiro contato dos usuários à saúde ocorre por meio da equipe de enfermagem, assim, tornam-se os principais responsáveis pela humanização durante a assistência, promovendo a individualidade e autonomia, atendendo demandas específicas de cada indivíduo (Dias; Costa; Martinez, 2020). No Brasil, o enfermeiro que atua na Atenção Primária constitui-se como uma ferramenta frente às mudanças do sistema de saúde, atuando com foco na integralidade, de forma preventiva e que promova a saúde e qualidade de vida (Ferreira; Périco; Dias, 2018).

A atuação da equipe de enfermagem frente a humanização nos serviços da APS é essencial, atuando na valorização do sujeito, inserindo-o como um elemento do cuidado, buscando atender às suas necessidades. Ainda, estes profissionais são indispensáveis na elaboração de estratégias que busquem melhoria nos processos, qualidade do atendimento, entre outros (Dias; Costa; Martinez, 2020).

Segundo Matumoto (2011 *apud* Ferreira; Périco; Dias, 2018) a atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde transcorre a partir das demandas de saúde que advém do contexto em que está inserido, desenvolvendo ações que incluam usuários e suas famílias, bem como a comunidade, a fim de promover assistência pautada na integralidade dos diferentes sujeitos.

A enfermagem pode ser considerada como a categoria profissional que possui maior vínculo com a comunidade. O enfermeiro, frente seu conhecimento técnico e científico, é essencial para o planejamento e elaboração de ações de saúde, utilizando seus instrumentos de trabalho como a consulta de enfermagem e o processo de enfermagem na assistência e, também, com a prática gerencial na gestão do serviço, acumulando, assim, diversas atribuições e responsabilidades (Todd *et al*, 2007 *apud* Brandão *et al*, 2019).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA E TIPO DE ESTUDO

O estudo possui uma abordagem qualitativa, uma vez que este tipo de abordagem responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com uma realidade que não pode ser quantificada. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2009).

Na pesquisa descritiva realiza-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador. São exemplos de pesquisa descritiva as pesquisas mercadológicas e de opinião. A finalidade da pesquisa descritiva é observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos, sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos (Barros; Lehfel, 1999).

O processo descritivo visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo. Esse tipo de pesquisa pode ser entendida como um estudo de caso onde, após a coleta de dados, é realizada uma análise das relações entre as variáveis para uma posterior determinação dos efeitos resultantes em uma empresa, sistema de produção ou produto (Perovano, 2014).

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde localizadas no Município de Criciúma, estado de Santa Catarina, Brasil. O município, segundo IBGE (2022) tem extensão territorial de 2.106,08 km<sup>2</sup> e população de 214.493 habitantes. O município está integrado a Microrregião da Associação dos Municípios de Região Carbonífera (AMREC) faz divisa ao norte com Siderópolis, Cocal do Sul e Morro da Fumaça, ao sul Araranguá e Maracajá, leste Içara, oeste a Nova Veneza e Forquilha. A cidade de Criciúma é dividida em seis distritos sanitários, sendo eles: Santa Luzia, Próspera, Rio Maina, Boa Vista, Quarta Linha e Centro.

Figura 2 - Distritos Sanitários de Saúde do município de Criciúma, Santa Catarina, Brasil.



Fonte: Dos autores, 2023.

O sistema público de saúde do município de Criciúma, de acordo com o Plano Municipal de Saúde, é composto por 45 Unidades Básicas de Saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento, um Pronto Atendimento, quatro Centros de Atenção Psicossocial, dois Centros de Especialidades em Saúde, um Centro de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, 13 Farmácias públicas, um Ambulatório de Feridas, um Centro de Especialidades Odontológicas, um Centro de Controle de Zoonoses, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Núcleo de Prevenção a Violência e Promoção da Saúde, um Centro de Reabilitação Multiprofissional (Criciúma, 2021).

As UBS localizam-se no município de Criciúma, extremo sul do estado de Santa Catarina. Contam com serviços de triagem como aferição de pressão arterial, medição de temperatura axilar, avaliação antropométrica em crianças e adultos, consulta médica com clínico geral, consulta odontológica, consulta de enfermagem e acompanhamento de pré-natal. As Unidades também realizam vacinas, curativos, coleta de exame citopatológico de colo uterino, teste do pezinho, testes rápidos de sífilis, HIV, hepatite B e hepatite C, realização de HGT, administração de

medicamentos injetáveis, retirada de pontos, visita domiciliar e agendamento via SISREG para exames e consultas com especialistas e SISCAN para agendamento de mamografia. Assim, são 45 unidades básicas de saúde, compostas por 50 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção Primária (EAP). As UBS dividem-se conforme os distritos sanitários de saúde supracitados.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi realizado com enfermeiros que atuam há cinco anos ou mais na Atenção Primária à Saúde e que estão alocados nos serviços de saúde da APS do município de Criciúma. Para encontrar o número ideal da amostragem foi realizada a saturação de resultados, a amostra mostrou-se saturada com n. de 15 entrevistas.

#### 3.3.1 Critério de inclusão

- a) Possuir disponibilidade para participar da entrevista;
- b) Ser profissional enfermeiro do município de Criciúma e que atue na Atenção Primária há cinco anos, no mínimo.

#### 3.3.2 Critério de exclusão

- a) Profissionais em período de férias ou afastamento;
- b) Profissionais que sintam-se desconfortáveis com algum assunto que será abordado na pesquisa;
- c) Profissionais que não tiverem condições de responder o questionário.

### 3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

**1º Momento:** Identificação dos profissionais enfermeiros que adequam-se nos critérios de inclusão;

**2º Momento:** Ida às Unidades Básicas de Saúde para coleta de dados socioeconômicos e entrevista gravada;

**3º Momento:** Composição do banco de dados a partir da transcrição das gravações e análise dos resultados por meio de planilhas no EXCEL®;

**4º Momento:** Discussão.

### 3.5. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

As entrevistas foram divididas em dois momentos: primeiro houve a aplicação de questionário com dados socioeconômicos (APÊNDICE A) e em seguida foi realizada a entrevista semiestruturada (APÊNDICE B), momento em que foi realizada a gravação da entrevista e posteriormente a transcrição dos áudios.

Para coleta de dados socioeconômicos do perfil dos profissionais que atuam há cinco anos ou mais na Atenção Primária à Saúde no município de Criciúma foi utilizado um questionário com perguntas abertas e fechadas conforme apêndice A. As entrevistas foram realizadas pelas acadêmicas Joana Becker e Maria Eduarda Oliveira na 10ª fase do Curso de Enfermagem da Unesc, no local de atuação dos profissionais supracitados, tendo como tempo máximo 50 minutos.

Para aplicação do questionário socioeconômico aos profissionais enfermeiros (as) as acadêmicas elaboraram um roteiro com 10 perguntas sobre idade, sexo biológico, cor da pele, estado civil, tempo de formação em anos, especializações após a graduação, tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde, tempo de atuação na instituição atual, vínculos empregatícios e carga horária semanal.

Para a entrevista entorno da temática deste presente estudo foi organizado um roteiro semiestruturado com oito perguntas sobre a Política Nacional de Humanização buscando a ótica dos profissionais sobre a temática, onde foi questionado o conhecimento do enfermeiro (a) em relação a Política supracitada, caracterização de um atendimento humanizado em uma unidade básica de saúde, como o profissional identifica a prática da humanização no seu dia-a-dia, como estes profissionais identificam as diretrizes da PNH, sendo elas a ambiência, acolhimento, cogestão, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários e clínica ampliada, e a forma que se fazem presentes no seu cotidiano, opinião dos enfermeiros sobre as potencialidades e as fragilidades da Política Nacional de Humanização. Ainda, foi questionado como os profissionais avaliam o desenvolvimento da PNH, no sentido de ver mudanças nestes 20 anos após a criação e aplicação da política e, por fim, foi questionado o que o enfermeiro, inserido na APS, pode fazer a respeito da implementação da PNH na sua prática cotidiana.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas para análise de resultados. Respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados, Lei nº13.709, de 14 de agosto de

2018, os dados foram armazenados em HD externo, sob a responsabilidade dos pesquisadores.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a construção do banco de dados foi utilizado Microsoft Office Excel. Os resultados foram distribuídos da seguinte forma: Cada pergunta foi elencada em uma página separada no software, as respostas de cada profissional foram transcritas e inseridas no banco de dados, em seguida as acadêmicas fizeram a análise de conteúdo.

Segundo Minayo (2008) a análise de conteúdo significa mais do que um procedimento técnico, faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais. A análise de conteúdo diz respeito às técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. Em comum, as definições ressaltam o processo de inferência.

Diante dessa diversificação e também aproximação terminológica, optou-se por elencar as etapas da técnica segundo Bardin (2006), o qual as organiza em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (Bardin, 2006).

A exploração do material constitui a segunda fase, que consiste na exploração do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à

contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro) (Bardin, 2006).

A exploração do material consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase (Bardin, 2006).

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (Bardin, 2006).

### 3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização da pesquisa os sujeitos do estudo assinaram um termo de consentimento Livre Esclarecido, sendo que este assegura o sigilo da identidade dos participantes. O termo segue as exigências formais contidas na resolução 196/96 e 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). De acordo com a Resolução 466/12 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, os participantes devem ser esclarecidos sobre a “natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades” (Brasil, 2012, p.2).

Não existem riscos presumíveis, desde que resguardados os valores éticos recomendados nas Resoluções nº466/2012 que regulamenta pesquisas em seres humanos no Brasil e a resolução nº510/ 2016 que aborda a Ética na pesquisa na área de ciências humanas e sociais: conquista dos pesquisadores; sendo garantido aos sujeitos participantes o anonimato e sigilo referente às entrevistas; com a explicação dos objetivos da pesquisa e metodologia utilizada; além do direito de desistir em qualquer fase de aplicação.

Na pesquisa será utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A). O número da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UNESC foi 6.563.450/ 2023.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão serão apresentados em conjunto conforme o desenvolvimento da pesquisa. A partir da análise dos dados, surgiram cinco categorias: “Dados Socioeconômicos”, “Contato prévio com a PNH”, “Humanização na prática profissional”, “Potencialidades e fragilidades da PNH” e “Avaliação dos 20 anos da PNH”.

### 4.1 CATEGORIA 1 - DADOS SOCIOECONÔMICOS

Tabela 1 - Dados socioeconômicos

Variáveis	n=15	n=100%
<b>Idade (anos)</b>		
33 a 40 anos	8	53,3
41 a 53 anos	7	46,7
<b>Cor da pele</b>		
Preta	2	13,3
Branca	13	86,7
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	3	20
Casado/ união estável	10	66,7
Separado/ divorciado	2	13,3
<b>Tempo de formação (em anos)</b>		
8 a 12 anos	4	26,6
13 a 18 anos	7	46,6
20 a 30 anos	4	26,6
<b>Pós-graduação</b>		
Não.	2	13,3
Sim. Qual?	13	86,7
Especialização	13	100
Mestrado	6	46,15
<b>Tempo de atuação na APS (em anos)</b>		
6 a 10 anos de atuação	8	53,3
13 a 20 anos de atuação	5	33,3
Mais de 20 anos de atuação	2	13,3
<b>Outro vínculo empregatício</b>		

Não.	12	80
Sim. Qual?	3	20
Professor	2	66,7
Preceptor	1	33,3
<b>Carga horária semanal</b>		
70 horas	1	6,6
60 horas	1	6,6
44 horas	1	6,6
40 horas	11	73,3
30 horas	1	6,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Foram entrevistados 15 enfermeiros da Atenção Primária à Saúde do município de Criciúma a fim de identificar sua trajetória profissional, quanto a faixa etária 53,3% dos entrevistados tinham entre 33 a 40 anos e 46,7% entre 41 a 53 anos de idade. Quando questionados sobre a cor da pele, dois (13,3%) dos enfermeiros se declararam pretos e 13 (86,7%) cor de pele branca. Quanto ao estado civil, mais da metade são casados (66,7%), três (20%) são solteiros e dois (13,3%) são separados/divorciados. No que diz respeito ao tempo de formação, todos possuem mais de oito anos de graduação.

Referente a pós-graduação, 86,7% (13 enfermeiros) possuem especialização, destes, seis (46,15%) tem mestrado. Dois (13,3%) dos enfermeiros entrevistados não possuem nenhum tipo de especialização. Em relação ao tempo de atuação na Atenção Primária, oito (53,3%) dos enfermeiros atuam de 6 a 10 anos, cinco (33,3%) atuam de 13 a 20 anos e dois (13,3%) dos entrevistados atuam há mais de 20 anos na Atenção Primária.

Ao observarmos os participantes do estudo, 12 (80%) não possuem outros vínculos empregatícios, entre os três profissionais que possuem outro emprego, dois são professores e um é preceptor. Quanto a carga horária semanal, um profissional atua 70 horas/ semanais, um possui carga horária de 60 horas semanais, um tem carga horária semanal de 44 horas, um enfermeiro atua 30 horas semanais e 11 relataram carga horária semanal de 40 horas.

Entre os participantes do estudo, 86,7% são mulheres. A prática da enfermagem é inerente ao cuidar e essa, por sua vez, caracteriza-se culturalmente como um papel ligado à mulher. Assim, a Enfermagem desenvolveu-se no mercado de trabalho como uma prática do gênero feminino onde socialmente é possível

observar a desvalorização profissional envolvendo questões de salário e poder, tão logo historicamente ocorre a estereotipação da mulher relacionando o feminino ao cuidado somente gratuito com amor, devoção e sem hora para acontecer (Magalhães, 2021).

Segundo o estudo realizado por Alvarenga e Sousa (2022), na enfermagem a maioria dos profissionais está na faixa etária de 36 a 40 anos, dados que vão ao encontro aos resultados obtidos na pesquisa. Os resultados do estudo assemelham-se também ao estado civil dos participantes, onde mais da metade dos (as) enfermeiros (as) são casados (as), convergindo também aos resultados obtidos pelo COFEN (2013). Na pesquisa, mais de 80% dos profissionais declararam-se como brancos, dados que vão ao encontro aos estudos do COFEN (2013).

Segundo Ortega *et al* (2015) devido a constante mudança, os avanços e descobertas as quais a saúde perpassa ao longo dos anos, torna-se essencial que os profissionais continuem os seus estudos e aperfeiçoamento para que sua atuação seja pautada em evidências científicas, com assistência de qualidade, pois são constantes as atualizações de protocolos, pesquisas e novas tecnologias em saúde, assim, torna-se indispensável o estudo complementar à graduação.

A partir do relato dos entrevistados pode-se perceber que há pouco incentivo à especialização por parte da gestão, o que acaba desestimulando muitos profissionais na busca por atualização em cursos e pós-graduação lato sensu ou stricto sensu. A maioria dos participantes do estudo, 86,7%, possui especialização assim, percebe-se o interesse dos mesmos pela atualização em sua respectiva área de atuação, bem como o reconhecimento da importância da educação continuada, dados que vão ao encontro do estudo supracitado.

## 4.2 CATEGORIA 2 - CONTATO PRÉVIO COM A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Quando questionados sobre conhecimento prévio em relação a Política Nacional de Humanização, os entrevistados responderam:

E1: Tive contato na Atenção Primária [...] É um grande avanço no SUS em relação ao acolhimento e empoderamento da equipe no sentido de acolher o usuário e direcionar ele da melhor forma.

E2: Está baseado nos princípios do SUS. É tudo que é ligado ao SUS, que são os protocolos de Atenção Básica.

E3: Eu conheço a PNH desde a portaria, a implantação, desde os primórdios, desde que ela começou a ser implantada. Tenho contato com ela há mais de 10 anos, mesmo em momentos que não estive na Atenção Primária sempre tive contato com a PNH.

E4: Eu conheço a política. Nós temos alguns programas aqui relacionados à política de humanização.

E5: Tem como objetivo valorizar o empoderamento das pessoas e a partir do conhecimento prévio que as pessoas têm e aí vem a humanização do atendimento, [...] desde a ambiência [...], trabalhar muito o empoderamento do sujeito a partir do conhecimento prévio, empoderar ele para o autocuidado.

E6: É uma política que direciona a questão dos atendimentos na Atenção Primária à Saúde, tendo como foco o atendimento humanizado, o acesso avançado, estrutura a questão dos atendimentos do SUS, sempre tendo como foco a Atenção Primária e os usuários, a questão do vínculo, estrutura a equipe para o acesso ampliado.

E7: É uma política que [...] abrange muito o acolhimento aos pacientes na parte de humanização [...] é todo um combo, empatia, humanização, atendimento.

E12: Política inserida pelo SUS para que a gente humanizasse tanto os profissionais de saúde, inserisse mais a questão do quadrilátero, a gestão junto com a participação popular, a educação e a intenção era que juntasse mais essas quatro pontas de forma a melhorar a Atenção Básica e humanizasse mais também o atendimento, não só com os pacientes, mas também os profissionais de saúde.

E13: Só o NEPSHU aqui do município.

E14: Tem tanto a parte de atendimento, de humanização no atendimento ao paciente, ao cliente, no SUS, quanto à questão de educação permanente, educação continuada com a equipe.

E15: Ela veio literalmente pra efetivar os princípios do SUS e ela não é uma coisa palpável. Por ser uma política transversal e por ser uma política teoricamente invisível a gente precisa reforçar ela, e ela está nos detalhes [...]. A Política não é para o usuário diretamente. Ela é para o trabalhador, mas fatalmente eu trabalhando o trabalhador vai refletir no usuário, na assistência do usuário, porque eu estou trabalhando o meu servidor, estou humanizando ele, estou qualificando ele. [...] Não existem espaços de trocas coletivas como a educação permanente sem respeito, sem acolhimento, sem valorização que é a humanização.

A Política Nacional de Humanização, criada em 2003, busca colocar em prática os princípios do SUS por meio de comunicação entre os atores da saúde pública: gestores, profissionais e usuários para que juntos construam pontes rumo à mudança nas formas de fazer saúde, promovendo autonomia e corresponsabilização de forma a estabelecer processos humanizados, tanto no gerir quanto no cuidar (Brasil, 2013; Almeida *et al*, 2019).

Os processos de cuidado e gestão foram reestruturados por meio da Política Nacional de Humanização, assim, a forma de produzir saúde passa por uma transformação, incorporando os sujeitos como pilares do SUS, engajando-os como fonte de mudança e parte essencial da construção dos movimentos. Assim, por meio de escuta tanto dos profissionais quanto dos usuários, busca-se melhorar a qualidade da assistência, estreitando o vínculo entre gestão, inserindo a humanização como ferramenta essencial e indispensável do trabalho, promovendo o cuidado com ética, respeito, valorizando todos os indivíduos que compõe o SUS em sua integralidade (Brasil, 2013; Dias *et al*, 2020).

A Política Nacional de Humanização foi lançada com a proposta de aproximar os atores que compõem o SUS, buscando favorecer a comunicação entre gestores, profissionais e usuários, bem como gerar mudanças e a forma de construção dos processos (Brasil, 2013).

Ao observar a resposta dos participantes do estudo percebe-se que a maioria compreende o significado de humanização, a forma em que ocorre durante a prática do dia-a-dia, bem como a importância da aplicação da Política na sua prática profissional, principalmente em relação ao acolhimento, escuta qualificada e respeito às demandas dos usuários, porém a maioria não visualiza a PNH como uma ferramenta de mudança que também foi elaborada para os profissionais e a gestão, valorizando os princípios voltados aos usuários de saúde, mas não a pontuaram como articuladora de mudanças em saúde para sua categoria.

Contudo, cabe ao profissional que atua na base também ter a responsabilidade e interesse por manter-se atualizado, buscando informações para aprimorar o processo de trabalho e estar em consonância com as formas de se fazer saúde na Atenção Primária. Como observa-se nas respostas de dois entrevistados, alguns profissionais não exercem tal prática:

E9: A gente não pega ali pra ver, pra ler [...].

E10: [...] O que a gente sabe [...] o que muda é quando eles informam pra nós através de e-mail ou na capacitação que eles comentam, orientam.

Conforme destaca Vasconcelos *et al* (2016), a educação permanente em saúde é o elo que liga o trabalho cotidiano com as boas práticas em saúde, trazendo sempre a reflexão e associação de situações problema e possíveis resoluções a partir do diálogo com a literatura e as políticas norteadoras do serviço. Ainda que exista um

núcleo, como o Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU), dedicado exclusivamente para esse processo crítico reflexivo do cotidiano, o profissional precisa se apropriar de lugares de constante aprendizado para que os esforços surtam efeito.

Quando questionados sobre o conhecimento prévio em relação ao que seria um atendimento humanizado em uma Unidade Básica de Saúde, os entrevistados responderam:

E1: O acolhimento é a humanização. Eu vejo que a gente não depende de grandes ferramentas, de grandes tecnologias pra gente atender um usuário. [...] Ouvir o paciente e mais ouvir do que falar. Ter um encaminhamento responsável, direcionar ele, tanto dentro da unidade, quanto algum outro encaminhamento externo. [...] ter um espaço pra ele se sentir importante na situação. Se importar com ele [...]. Eu sempre falo pra equipe "Ah, mas eu não sou enfermeira". Não, mas isso não é do enfermeiro, isso é da equipe, independente da categoria.

E2: Atendimento desde a recepção. Tu recebe o paciente, você já está dando a oportunidade de atendimento. Não é porque foi a recepção que atendeu que ele não está acolhido em atendimento humanizado. Olha para o paciente quando está falando com ele. Humanizar [...] tu tens que ver o paciente na integralidade, olhar para ele.

E3: Primeiro de tudo com uma escuta qualificada porque não adianta a gente ter a melhor tecnologia do mundo e a gente não escutar o paciente. A essência da Política Nacional de Humanização é o acolhimento com uma escuta qualificada.

E4: Suprir as necessidades do paciente, acolher ele do ponto de vista de respeito com todos os direitos civis que ele tem, os direitos sociais e também o direito na saúde. Quando se fala em humanização passa pelo direito de saúde adquirida com dignidade de cidadão, de ouvir as necessidades dele. Ouvir, acolher, também passa por uma boa escuta [...] construção de vínculo.

E5: Valorizar as necessidades da qual o sujeito vem buscar o atendimento [...]. Nem sempre essa resposta precisa ser dada dentro da própria Atenção Primária porque o serviço é em rede, mas desde que eu tenha um encaminhamento responsável.[...] Eu faço um atendimento humanizado a partir do momento que eu atendo as necessidades do sujeito.

E13: Valorizar as necessidades da qual o sujeito vem buscar o atendimento [...]

E7: Ter como foco a questão do paciente, priorizar o atendimento, a resolutividade do acesso, não ter o atendimento fragmentado, abordar o paciente como um todo e tentar resolver o máximo [...] ouvir quando ele chega, fazer ele entender qual é a real necessidade, qual é o processo, o fluxo que funciona, dependendo do que é a demanda do paciente.

E10: A gente precisa de tempo e de mão de obra para conseguir alinhar esse atendimento humanizado. Precisa escutar, ter tempo de escutar. Todo histórico do paciente, a queixa.

E15: A humanização não é só esfera profissional, ela é quadrilátero, a gente precisa trabalhar todo mundo para falar a mesma língua para a gente se dar bem. O principal objetivo da humanização: pensar junto construções que

melhorem o processo de trabalho para todo mundo, para gestão, para o trabalhador e principalmente para o usuário.

A humanização nas Estratégias Saúde da Família é uma potente aliada aos atores sociais que compõem o SUS, sua implementação na prática aproxima profissionais e usuários, cria vínculos e favorece todos os envolvidos, facilitando os processos, tornando o serviço mais resolutivo e, assim, mais humanista. A humanização é efetivada a partir de atitudes, mudanças no comportamento da equipe profissional, gestores e usuários, ocorre por meio do olhar integral às demandas do sujeito, compreendendo-o como um todo (Brasil, 2017a).

Assim, evidencia-se que não são necessários grandes investimentos para que os serviços sejam mais humanizados, visto que o diálogo, escuta, e principalmente o acolhimento são ferramentas essenciais e indispensáveis para a humanização nas unidades de saúde (Ramos *et al*, 2018).

A atuação dos profissionais que estão inseridos na Atenção Primária deve ser pautada na ética, respeito e ciência e assim, por meio de escuta qualificada, realizar um atendimento humanizado, que contemple o usuário como um ser integral pertencente a uma família e comunidade. Consideramos que os enfermeiros participantes do estudo compreendem o que é um atendimento humanizado nas unidades de saúde, o acolhimento caracterizou-se como a principal ferramenta para a prática da humanização, sendo unânime entre os entrevistados a sua importância como instrumento de trabalho.

Percebe-se uma grande facilidade nos entrevistados em realizar o acolhimento aos usuários de forma humanizada, todos relataram que procuram ouvir as demandas e buscam compreender a situação individual de forma a ser o mais resolutivo possível, conforme as falas abaixo:

E12: Ouvir o paciente e mais ouvir do que falar.

E2: Olha para o paciente quando está falando com ele. Humanizar [...] tu tens que ver o paciente na integralidade, olhar para ele.

E3: Primeiro de tudo com uma escuta qualificada porque não adianta a gente ter a melhor tecnologia do mundo e a gente não escutar o paciente.

E11: Ouvir, acolher, também passa por uma boa escuta [...]

Segundo Melo *et al* (2022) o acolhimento é uma ferramenta potencializadora do cuidado e também uma forma de operacionalizar a ética e humanização nos

processos de trabalho, pois a partir da escuta qualificada, a atenção, postura e respeito o profissional estará humanizando o usuário, corresponsabilizando-o por sua saúde e, ainda estará estabelecendo uma reestruturação na maneira de produzir saúde, buscando resolutividade e coparticipação no SUS.

#### 4.3 CATEGORIA 3 - HUMANIZAÇÃO NA PRÁTICA PROFISSIONAL

Quando questionados sobre como ocorre a identificação da prática da humanização no dia-a-dia, os entrevistados responderam:

E1: Essa prática eu percebo em todos os espaços. Até no sentido de dar um bom dia para o usuário, eu já sinto que ali está o acolhimento. [...] Seja na farmácia, de tu sentar com o paciente, de tu não só dispensar a medicação, mas de tu explicar todo o contexto em relação, que é o que eu falo, não é só a entrega de uma medicação. Tu vai explicar se é pra dor, se não é pra dor, se é um antibiótico, se é um anti-inflamatório ou tem que tomar antes da refeição, tem que tomar depois, tu não está só entregando a medicação e tu está se preocupando com o paciente na sua totalidade, [...] até mesmo na vacinação, no sentido de acolher, geralmente na vacina quando é recém-nascido vem a família não vem só uma situação de sentar e de explicar o que tem disponível no SUS o que não tem disponível no SUS.

E2: Todas as tuas atitudes, tu tem que pensar no que ela vai refletir na vida daquela pessoa que tu está atendendo. [...] Deixar o outro expressar aquilo que ele tá sentindo também, ou de ruim ou de bom.

E8: Não tem lugar para fazer humanização "ah vou fazer humanização lá na sala do enfermeiro, ali tem um ambiente de acolhimento e humanização" não existe isso. Humanização é algo que vai desde o processo de organização do trabalho entre a própria equipe e entre o processo de como é visto o paciente. [...] levar em conta a singularidade do paciente se caracteriza com humanização, saber estar com outro, saber ouvir, ter essa proximidade [...], humanização se faz desde a recepção até outros locais.

E5: Não precisa ser uma consulta, algo sistematizado. É o atendimento às vezes do sujeito que busca aqui uma informação. [...] É tentar dar um caminho para o cidadão, ou a solução ou o caminho para ele conseguir aquilo que ele deseja.

E6: Escutar o paciente, ter uma escuta qualificada, atender, mesmo que tu não vai conseguir resolver mas tentar fazer os encaminhamentos, mostrar qual é o norte.

E7: Todos os pacientes passavam na enfermagem, é a melhor forma que eu achei pra tentar acolher e humanizar o atendimento e não atender na recepção, ali na frente de todo mundo.

E9: Depende do profissional [...]. A gente é tratado muito mal por muitos pacientes. a gente vem com uma boa vontade, mas se vem aquele paciente de manhã, aquele primeiro, já estraga o teu dia, tu acaba ficando com uma cara amarrada e um paciente que merecia um pouquinho mais, tu tá um pouco sem paciência e tu acaba sendo mais sucinta.

E12: Eu identifico porque eu tenho uma equipe muito preocupada com a comunidade. eu vejo que eles me trazem demandas, muito pontuais, às vezes até da questão do acolhimento, do problema. Então, eu identifico que me trazem essas demandas de escuta, que eles escutam nas casas, dos técnicos de enfermagem, até a higienizadora também, porque ela faz parte da equipe.

E15: Precisa ser sempre na construção coletiva, no diálogo horizontal e de que a gente faça de forma respeitosa e de entender que todos os atores do processo de produzir saúde são importantes.

A prática da humanização, como relatado por oito dos 15 entrevistados, pode ser feita em qualquer lugar, desde que o profissional que esteja atendendo o usuário tenha escuta qualificada e disponha o seu tempo para este momento do encontro com o usuário, levando em consideração a individualidade de cada um e suas necessidades no momento, estando presente e atento (Rios, 2009).

A humanização, enquanto conceito denotativo, se constitui como o ato de atribuir característica humana a algo. De acordo com Câmara (2023), assim como em outros aspectos sociais atuais, a forma que se organizam os modos de trabalho e relações interpessoais tem adquirido um formato mecanizado e com certo distanciamento entre quem oferta e quem recebe o cuidado. A bandeira da humanização na área da saúde vem no sentido de alertar para o fato de que na verdade, são seres humanos cuidando de outros seres humanos, como destaca o enfermeiro 3:

E3: [A prática da humanização acontece] ainda de uma forma inadequada. A gente sabe que os profissionais não têm os mesmos ideais e isso acaba fazendo com que a gente não tenha um tratamento uniforme, não são todos os profissionais que estão na Atenção Primária que tem habilidades em relações, o que seria básico. A gente como ser humano não precisaria nem ter uma política nacional de humanização, isso já tinha que ser algo inerente ao profissional de saúde, mas não é.

Portanto, humanizar vai além de tratar com cordialidade o usuário, mas sim afastar-se da lógica curativista onde enxerga-se apenas uma doença em um corpo e passar a ter a integralidade com escuta qualificada como característica inerente ao contato com outro ser humano e sua singularidade. Assim, percebe-se a humanização como a necessidade de melhorar os serviços de saúde, ampliar sua capacidade de resolutividade e acolhimento às demandas dos pacientes e da comunidade, inserindo todos os atores sociais que compõe o serviço de saúde nos processos, estabelecendo

a corresponsabilização pela forma de produzir saúde e transformando modelos de atenção (Ramos *et al*, 2018).

Quando questionados sobre o conhecimento prévio em relação às diretrizes da PNH e sobre como observavam na prática cotidiana a ambiência, os entrevistados responderam da seguinte forma:

E1: Proporcionar ambiente adequado, espaço adequado para estar orientando [...] deixar o local mais apropriado para aquele atendimento da pediatria para a criança não chegar com aquela impressão que ali é só um ambiente de dores e sim um ambiente que vai trazer um conforto.

E3: atualmente a ambiência é adequada. Mas já trabalhei em lugares que a gente não tinha uma sala pra fazer a escuta qualificada, não tem como tu fazer uma escuta qualificada no balcão na recepção onde tá cheio de gente. [...] É muito importante porque, como profissional, a gente precisa ter pelo menos o mínimo de privacidade pra poder acolher uma pessoa.

E5: Envolve desde a questão de luminosidade, de local adequado para a pessoa sentar, dos ruídos, dos barulhos, conversa alta. A ambiência já dá como se fosse o sorriso da pessoa. Tornar o local agradável que as pessoas gostam de vir, que se sente bem e tem uma boa impressão daquele local.

E6: Relacionada ao ambiente. [...] Ter um local acolhedor com espaço, onde o paciente não fica exposto, ter um local para ouvir o paciente, para atender, principalmente nesse sentido. Espaço físico, a ambiência também acaba auxiliando muito na questão do atendimento.

E8: Me falta hoje um espaço apropriado para as agentes comunitárias. [...] a recepção é bem alocada. [...] Vai ter bastante privacidade, seja comigo, com o médico ou dentista.

E9: Eu avalio ela boa, aqui os espaços são bem amplos. a gente consegue oferecer um ambiente mais acolhedor.

E12: O contato humano, a questão visual é muito importante, quando tu chega num local, a gente sempre tenta manter tudo muito limpo. [...] A proximidade de conversar com o paciente.

E14: Bem carente dessa questão de humanização em relação à ambiência, porque é uma unidade pequena, ela não tem todas as salas necessárias e as salas que têm são bem menores do que o dimensionamento ideal.

E15: Um ponto importante da humanização que é uma dessas construções que depende de dinheiro.

A ambiência, enquanto uma diretriz da política, dispõe sobre as características da estrutura física de um serviço em saúde. Ter uma boa ambiência significa ter um espaço próprio para se realizar promoção, prevenção e reabilitação em saúde, com segurança, conforto e privacidade, que varia de acordo com a realidade de cada local. Contar com um ambiente limpo, organizado, com espaços para acolhimento e consultas com privacidade é demonstrar respeito para com os processos de saúde-

doença que o usuário perpassa durante sua vida, além de favorecer o vínculo entre profissional e paciente, auxiliando na adesão do processo terapêutico (Cordeiro, Fortes, 2021).

Em contraponto, se ter uma boa ambiência facilita o processo de trabalho de profissionais e o cuidado dos usuários, não ter uma boa ambiência pode levar a situações que desfavorecem a continuidade do processo e interrupção de fluxos, prejudicando os trabalhadores, que por vezes perde tempo de trabalho por ter que revezar salas, conforme destaca o enfermeiro 7:

E7: eu não consigo ter uma ambiência pra acolher o paciente, [...] não tem um lugar pra fazer o acolhimento correto, mas eu tenho a triagem, então a gente tenta revezar.

Conforme a fala dos entrevistados, a ambiência se caracteriza por ser a primeira impressão que o usuário terá do espaço da unidade de saúde. Contar com uma boa ambiência facilita no modo de tratamento e enfrentamento do usuário no ambiente que ele está inserido, além de não pensar no serviço apenas como um ambiente de dores, mas sim de amparo e de cuidado propriamente dito. Contudo, nenhum entrevistado trouxe considerações do fato da ambiência ser uma parte decisiva no processo de inclusão ou até mesmo exclusão de pessoas com deficiência em relação à acessibilidade.

Quando questionados sobre o conhecimento prévio em relação às diretrizes da PNH e sobre como observavam na prática cotidiana o acolhimento, os entrevistados responderam da seguinte forma:

E3: Essa prática, eu percebo em todos os espaços. Até no sentido de dar um bom dia para o usuário, boa tarde, de desejar um bom final de semana, eu já sinto que ali está o acolhimento.

E2: O acolhimento começa lá na porta quando o paciente entra, não importa quem faça, porque acolher não significa consulta [...], o paciente pode ser acolhido pela higienizadora, ela vai escutar e vai direcionar. Acolhimento é não deixar a pessoa entrar na unidade e ficar perdido.

E4: Já acolhe desde a recepção. Nós acolhemos aqui as demandas espontâneas. [...] O acolhimento se reporta a entender a necessidade da pessoa e a pessoa se sentir parte do processo de trabalho. O acolhimento vai definir o teu plano de cuidados.

E6: É a questão de ter escuta qualificada [...], ouvir, tu direcionar, tu saber dizer não para um paciente porque tu não consegue resolver naquele momento aquela situação, tentar atender as queixas do paciente e também a questão de prevenção. [...] Às vezes não é a consulta que ele precisa, às

vezes é um direcionamento, uma orientação, uma escuta qualificada, isso já vai resolver o problema do paciente. Tu parar um pouquinho e perceber.

E13: Eu gosto bastante do acolhimento dos profissionais aqui. Eles são bem desenvolvidos nessa prática de humanização e acolhimento.

E10: Sempre tem alguns integrantes da equipe que não fazem o acolhimento. O paciente chega lá na frente, a maneira de explicar, às vezes não explica nada, o paciente vem aqui pra trás, não sabe o que quer, não sabe se é pra médico, se é pra enfermeiro. A gente falha, às vezes, no acolhimento.

E11: Todos acolhem, a higienizadora, as ACS, as técnicas de enfermagem, o enfermeiro, dentista, auxiliar de saúde bucal. [...] Vai ter sempre alguém da equipe ali na recepção pra recepcionar esse paciente.

E12: O acolhimento se dá desde a forma de quando os agentes fazem a visita, mas quando o paciente ele chega aqui, geralmente, são os agentes comunitários ou os técnicos que fazem esse acolhimento, de tentar escutar, realmente, por que o paciente está procurando a unidade, muitas vezes ele só quer ser escutado, não é nem uma questão física, é só mesmo conversar, explicar da melhor forma ou escutar ele. A gente tenta, mesmo com a correria do dia a dia, ser resolutivo.

E14: A gente faz o que dá. A nossa equipe é reduzida em relação à equipe básica, mas o acolhimento é feito da forma que a gente consegue, [...] a equipe tenta ser o mais educada possível e acolhedora.

E15: Pra eu acolher não é só escutar. Eu posso escutar mexendo no celular. Eu preciso realmente absorver a humanização. Eu preciso ser, “estou aqui contigo nesse momento”. E fazer exatamente aquilo que se propõe naquele momento. Estar presente no momento presente e tornar real a demanda da pessoa.

O acolhimento nos serviços de saúde tem o propósito de ser um momento em que o profissional possa ouvir o usuário e primeiramente acolher a queixa. Feitosa *et al* (2021) traz o acolhimento como uma alternativa à realidade atual, pois nos encontramos em tempo de fluxos intensos de trabalho e uma forma de desacelerar é aplicar a prática do acolhimento nos serviços. Respeitar o encontro com o outro quando este busca um atendimento em saúde, poder ouvir de fato o que ele tem a dizer e responder de forma clara e objetiva e proporciona traçar um plano de orientações para o sujeito.

Acolher não significa necessariamente ofertar uma consulta, como citado por mais de um entrevistado, mas sim prestar atenção na queixa que o indivíduo traz no momento do encontro com o profissional. Saber exercer a escuta qualificada pode transformar a forma como nos comunicamos com as pessoas, ouvir de fato o que o outro tem a dizer, “estar presente no momento presente” (E15) é também dar importância para o outro, faz a demanda ser levada em consideração e o usuário tende a ter maior satisfação com o atendimento, por vezes, resolutivo.

O acolhimento deve ser compreendido como prática de humanização do serviço e pode ser exercido por todos os integrantes da equipe de trabalho da unidade de saúde. Ter alinhado com todos estes processos facilita na organização e fluxo de atendimento dentro do serviço.

E12: “todos acolhem, a higienizadora, as ACS, as técnicas de enfermagem, o enfermeiro, dentista, auxiliar de saúde bucal. [...]”

E12: O acolhimento se dá desde a forma de quando os agentes fazem a visita domiciliar [...]”

Observando a resposta dos entrevistados citados acima percebe-se que os enfermeiros possuem com clareza o conceito e a importância do acolhimento na Atenção Primária, orientando e capacitando toda sua equipe para que estejam prontos e seguros para acolher os usuários, compreendendo como uma prática do dia a dia dos profissionais, estreitamente relacionada com o trabalho em equipe no serviço público de saúde.

Quando questionados sobre o conhecimento prévio em relação às diretrizes da PNH e sobre como observavam na prática cotidiana o desenvolvimento da cogestão, os entrevistados responderam da seguinte forma:

E7: Ela acontece, mas a gente tem bastante falha, [...] o calcanhar de aquiles da Secretaria é a comunicação. A informação às vezes tem ruído.

E3: Melhorou nos últimos anos, hoje na atenção básica a gente tem os gerentes, isso estreitou mais o laço de responsabilidade em gestão, porque na verdade a gente faz gestão em todo, muitas vezes a gente pensa que faz gestão só quando a gente tá em um cargo de gestão, mas a gente faz a gestão do nosso processo de trabalho. Isso também é gestão, tem melhorado nesses últimos anos, ainda precisa evoluir, mas isso deu um pouco mais de autonomia aos profissionais.

E4: Todos os funcionários devem ser vistos como co-autor. É uma descentralização do poder e envolve a participação de todos e aí tem a cogestão do cuidado, tem a cogestão administrativa. [...] O nosso gerente dá essa autonomia. Tem que melhorar (entre UBS e secretaria saúde).

E5: Empoderamento do sujeito [...], cuidado compartilhado entre todos.

E6: Para cumprir as diretrizes, para funcionar, pra ter uma rede de apoio, isso vem sendo estruturado ao longo dos anos com fluxo de atendimento, protocolos, para organizar serviços. Isso dentro da Prefeitura, claro, tem falhas, mas acho que melhorou bastante.

E8: A gente tem um bom acesso. Hoje a gente tem uma relação muito melhor, muito mais liberal do que antes. Tem muitos pontos que precisam melhorar, muitas questões por falta de comunicação, ou por troca de fluxo imediato que

muitos fluxos mudam constantemente. Mas essa parte de humanização melhorou muito depois que a enfermeira assumiu o NEPSHU.

E9: A gente tem muita sorte aqui com a nossa gerência, eles são bem acessíveis, acolhem bem as nossas demandas. [...]

E13: A gente pode expor e a gente é ouvido.

E12: A gestão trabalha bem horizontalizado, na maioria das vezes. Com a implementação do NEPSHU, melhorou muito a questão de não ser tão verticalizada, mais horizontalizada, o conselho de saúde também é bem atuante, eles participam das nossas reuniões para a gente construir junto algumas propostas, melhorias, cobranças. Com o NEPSHU, trouxe mais essa humanização, essa proximidade de gestão com atenção básica, com a ponta, porque as pessoas que estão lá também já estiveram na ponta e a gente sentia muita falta de ter essa co-participação, de só receber de cima, não construir junto. Inclusive, esse ano a gente tá tendo reuniões de classe, tem reuniões dos enfermeiros que isso ajuda também a gente a construir junto com a gestão.

E14: Essa é a melhor época de relação entre gestão, de fácil acesso. [...] Meu acesso com a gestão superior, seja ela da Atenção Básica, da Educação Permanente, é um acesso muito fácil e uma comunicação tranquila, é uma coisa que eu posso levar uma demanda, ser ouvida, se não for respondido na hora, mas vai ser feito, vão tentar me ajudar, não é uma coisa que "ah não, não vamos nem ouvir a enfermeira".

E15: Cogestão entra nessa questão de se tornar parte do processo das decisões, o NEPSHU é um grande exemplo de cogestão porque hoje ele é um núcleo multiprofissional e intersetorial. Então ele hoje é um apoio da gestão principal.

Segundo estudo realizado por Calderon e Verdi (2014) o processo de gestão tradicional, burocrática, supervisão direta e rígido controle de horários evidenciou-se limitador, onde a não participação dos profissionais no processo gerencial insere os sujeitos como instrumentos de trabalho que não possuem desejos ou anseios, mecanizando a assistência e levando a uma assistência precária na saúde, priorizando metas ao invés de qualidade.

Ao mesmo tempo, a cogestão, ou gestão compartilhada, mostrou-se uma importante ferramenta democrática de trabalho, pois amplia a possibilidade de reflexão e participação dos atores do SUS, promove autonomia e corresponsabilização e fortalece as relações no ambiente de trabalho, diminuindo os ruídos de comunicação por ser realizada de forma direta (Calderon; Verdi, 2014; Penedo; Gonçalo; Queluz, 2019). Como trouxeram dois entrevistados, a prática de cogestão pode acontecer por meio das reuniões de equipe, sendo momentos oportunos para trabalhar a lógica de compartilhamento de ideias, críticas e sugestões para uma construção coletiva, como evidencia as falas dos enfermeiros 1 e 11:

E1: Na própria reunião a gente tem um calendário semestral, [...] tem pautas pré-estabelecidas, mas também tem as nossas rotinas enquanto unidade de saúde. [...] Dar espaço para estar ouvindo os usuários, mas aqui eu deixo isso bem aberto, se tiver alguma ideia que seja interessante para o ambiente a gente vai estar proporcionando mudanças, claro, se tem condições de a gente estar acolhendo essa mudança, mas a gente sempre procura ouvir o profissional e eu digo para também propor e, a partir disso, a gente faz as análises e decide juntos.

E11: A gente tem reunião na quarta-feira [...]. A gente discute casos também, a gente discute a PNAB, discute as leis que são pertinentes à saúde da família, à educação em saúde.

A partir da resposta dos entrevistados verifica-se o conhecimento prévio sobre cogestão, como definem o conceito e a relevância na forma de promover saúde. Os profissionais abordam a importância da efetivação dessa diretriz para que os atores do SUS estejam engajados no seu contexto de saúde, sejam capazes de promover as mudanças que almejam, tendo como inspiração o SUS que dá certo, incentivando os diálogos na atenção por meio de colegiados, reuniões de equipe, interação entre unidade de saúde e comunidade, bem como uma gestão mais participativa, que acolha a demanda dos trabalhadores e promova a inserção destes sujeitos na construção dos movimentos em saúde.

No município em que o estudo foi realizado percebe-se a satisfação dos profissionais na forma em que ocorre o vínculo entre gestão e atenção básica, por meio de suas colocações destacam que a comunicação entre ambos evoluiu de forma positiva, principalmente após a implementação do NEPSHU, conforme falas abaixo:

E8: [...] essa parte de humanização melhorou muito depois que a enfermeira assumiu o NEPSHU.

E12: A gestão trabalha bem horizontalizada, na maioria das vezes. Com a implementação do NEPSHU, melhorou muito a questão de não ser tão verticalizada, mais horizontalizada [...] Com o NEPSHU, trouxe mais essa humanização, essa proximidade de gestão com atenção básica.

E14: Meu acesso com a gestão superior, seja ela da Atenção Básica, da Educação Permanente, é um acesso muito fácil e uma comunicação tranquila, é uma coisa que eu posso levar uma demanda, ser ouvida [...].

E15: o NEPSHU é um grande exemplo de cogestão porque hoje ele é um núcleo multiprofissional e intersetorial.

Quando questionados sobre o conhecimento prévio em relação às diretrizes da PNH os entrevistados descrevem da seguinte forma como identificam a valorização do trabalhador:

E2: A gente é muito bem valorizado, a gente está tendo também as reuniões [...]. A informação com ruído que a gente não quer e é só com reunião que se faz isso.

E3: A gente ainda precisa ser muito mais valorizado, e quando eu falo valorizado não é só de forma em remuneração, [...] mas também a valorização enquanto pessoa, elogiar, reconhecer, a gente ainda... carece muito disso, claro que é importante com certeza, a gente trabalha com amor, mas não por amor, então a gente precisa de valorização salarial, a nossa política hoje, o nosso plano de carreira teve muitos cortes nesses últimos anos, então isso acaba desestimulando um pouco o profissional, então "pra que eu vou fazer mais uma pós graduação se eu não vou receber nada?" de retorno financeiro. O investimento é só meu, então a gente ainda é pouco incentivado nesse sentido.

E4: Gerente local eu acho que ele faz o possível. Gestão da atenção básica tenta se esforçar, insuficiente. Gestão maior não tem valorização nenhuma.

E8: Depois que a gente voltou da pandemia, as pessoas parecem que perderam o senso da empatia com o funcionário. Nós temos que tratar eles bem, acolher, mas eles não têm essa visão, eles acham que eles estão aqui e a gente tem que resolver o problema deles na hora. Se você resolve, beleza, se você diz não, é um caos.

E14: Tem tanto aqueles que nos valorizam quanto aqueles que estão sempre insatisfeitos com tudo e com a gente também. Em relação à Secretaria de Saúde, à gerência da atenção básica, de estar sempre tentando nos atender, tentando facilitar [...] "a gente está nessa luta juntos", "eu estou brigando para que melhore para vocês também" então eu percebo nesse sentido. Mas a valorização real financeira a gente sabe que é carente, é insuficiente, não tem uma valorização significativa. E a gente tem uma alta demanda de funções, é muita coisa para fazer para uma pessoa só.

E11: Eu como gerente, como enfermeira aqui da unidade eu valorizo todas as áreas. [...] A secretaria também valoriza bastante, fazem capacitação frequentemente.

E12: Isso é um problema da gestão atual. Entender muitas vezes que o trabalhador precisa ser humanizado e a gente precisa ser valorizado no sentido financeiro, porque a enfermagem não é um trabalho de amor, a gente é ciência, a gente estuda e a gente sente bastante falta, não somos valorizados financeiramente. A população teve uma melhora na questão da pandemia, que viu a importância da classe, mas a memória é um pouco curta e às vezes, a gente se sente sobrecarregado, também acaba fazendo a gente questionar "será que vale a pena?" e aí às vezes, vem um paciente que te agradece e aí tu vê que a tua prática realmente faz a diferença na vida das pessoas, mas é bem difícil.

E13: Na questão de contato entre a gestão com a (unidade) básica, que falta um pouco. É muito mecanizado. Manda uma mensagem ou faz uma ligação e diz, é isso. Não tem um contato mais [...] humano. É uma coisa mais geral, não é uma coisa individual, porque nesse tempo que eu tô aqui em Criciúma, eu percebo que cada bairro, cada unidade tem a sua particularidade, e não é atendida como cada um na sua particularidade, é atendido no geral.

E15: Acolhimento, tornar válido o que eles falam, de tentar mudar esses processos, de dar um equipamento de proteção individual, de dar uma estrutura mínima, básica.

A Política Nacional de Humanização, de acordo com Cunha e Magajewski (2012, p. 5) “preconiza a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores)”, assim, por meio de abordagem humanista busca-se inserir estes atores no cenário incentivando sua autonomia e fomentando sua participação na elaboração de estratégias que visem a melhora nos atendimentos. Segundo o estudo supracitado, a ampliação do acesso, gestão participativa, implementação dos processos com a inserção de profissionais nas decisões, educação permanente em saúde para as equipes são ações que convergem diretamente aos princípios da Política de Humanização.

Porém, a valorização do trabalhador em saúde ainda é uma pauta que gera certa discordância entre os profissionais. A partir das respostas obtidas, percebe-se que três dos 15 entrevistados apontam que há valorização por parte do poder executivo que gere a pasta da saúde, porém seis entrevistados evidenciam que não existe a real valorização e quatro trazem exemplos:

E3: O nosso plano de carreira teve muitos cortes nesses últimos anos, então isso acaba desestimulando um pouco o profissional, então "pra que eu vou fazer mais uma pós-graduação se eu não vou receber nada?" de retorno financeiro. O investimento é só meu, então a gente ainda é pouco incentivado nesse sentido.

E9: Mas a valorização real financeira a gente sabe que é carente, é insuficiente, não tem valorização significativa. E a gente tem uma alta demanda de funções, é muita coisa para fazer para uma pessoa só.

E12: Isso é um problema da gestão atual. Entender muitas vezes que o trabalhador precisa ser humanizado e a gente precisa ser valorizado no sentido financeiro, porque a enfermagem não é um trabalho de amor, a gente é ciência, a gente estuda e a gente sente bastante falta, não somos valorizados financeiramente.

Como destacado, a falta de incentivo no processo de aperfeiçoamento e educação permanente em saúde por parte da gestão é desestimulante para o profissional pois não recebe reconhecimento e muito menos apoio financeiro para a realização de cursos e pós-graduação. Em contrapartida, com a criação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU), tem-se notado um reconhecimento por parte da coordenação da Atenção Primária do município, que oferta mensalmente um calendário de ações em educação permanente com intuito de abrir espaços para formação destes atores envolvidos no trabalho de base.

Percebe-se que os profissionais valorizam a estratégia adotada pelo município e sentem-se pertencentes ao processo de saúde quando recebem incentivo à

formação e desenvolvimento profissional, como exemplo, o NEPSHU, que caracteriza-se como uma ferramenta para o servidor, pois busca promover a qualificação profissional, atualização das práticas em saúde e a aproximação com princípios e diretrizes do Sistema Único de saúde (Cunha; Magajewski, 2012).

Quando questionados sobre o conhecimento prévio em relação às diretrizes da PNH os entrevistados responderam da seguinte forma sobre a defesa dos direitos dos usuários:

E1: a gente tem bastante envolvimento com o Conselho Local de Saúde, presidente da Associação de Moradores e os usuários a gente também acolhe conforme necessidade [...], a gente sempre faz esses acolhimentos e até agradece no sentido de melhorar o processo de trabalho porque a partir do momento que pontua uma situação [...], que ele traz um problema, a gente pode melhorar para outros usuários também, então a gente tem esse entendimento, não recebe só como crítica.

E2: Eu trato os iguais diferentemente pela necessidade do processo de saúde do paciente.

E3: Os conselhos, aqui em Criciúma, são bem atuantes, isso traz mais voz para os usuários, mas ainda é uma luta, tem ainda muito um tom de privilégio pessoal. Geralmente as pessoas que participam dos conselhos elas vem com a bandeira de que vão defender os direitos dos usuários, mas na verdade ela sempre tem um viés pro benefício próprio, e isso acaba desvirtuando um pouco, mas da nossa região, é o local que acho que a gente ainda vê ainda mais essa corrente de defesa dos direitos dos usuários um pouco mais estabelecida, mais clara.

E4: Tem um canal de ouvidoria municipal, os conselhos locais de saúde. [...] respeito ao direito cidadão a gente procura o máximo. Não faz sentido a gente trabalhar no SUS e não buscar o direito dele. Direito de ser bem atendido, direito de ser atendido em tempo hábil, mas também existem pessoas que acham que só tem direito.

E6: Mostro como funciona o fluxo de atendimento [para o usuário], ele tem o acesso, mas ele tem que seguir o fluxo. Ele tem direito àquele atendimento ou àquela medicação, mas ele tem que seguir um processo burocrático. Então essa orientação, acho que isso é um meio de ele saber que ele tem direito, mas ele tem os deveres também.

E8: Muitas vezes, o usuário acaba conseguindo alguma coisa de forma... "Ah, peguei lá um fulano de tal lá na Secretaria e conseguiu". E eu acho isso eu acho muito injusto. [...] aí acaba perdendo a autonomia aqui na parte de gestão (do território).

E9: Se for urgência, sim. [...] Quando passa para encaminhamento para especialidade, daí a coisa muda um pouco.

E11: Toda a equipe procura fazer o melhor para ajudar o paciente.

E12: De forma local, a gente conversa muito com o conselho (municipal de saúde) e a gente tenta aproximar e instrumentalizar eles. Os conselhos de saúde são bem atuantes, eles tiveram capacitações sobre a questão de atuar e de buscar o direito. Eles têm os canais de ouvidoria, nessa parte eles são bem orientados, hoje, com as mídias sociais, mas eles poderiam usar também para elogios. "Nossa, é tão fácil fazer uma ouvidoria negativa" e, às vezes,

tão difícil o acesso positivo e faz diferença na valorização do profissional também.

E14: A gente tem bastante dificuldade para os nossos usuários (idosos) em relação à telessaúde. [...] É uma barreira tecnológica que dificulta para eles. [...] A gente tem uma demanda, uma demora muito grande de retorno e consulta com especialistas, que é o que eles precisam bastante também.

A pauta da defesa dos direitos dos usuários em obter acesso à saúde é proposta antes mesmo da criação e implementação do Sistema Único de Saúde. Conforme a Constituição Federal (1988), no Artº 196, aborda a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas [...] que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços”. Assim, todo cidadão brasileiro tem o direito ao acesso à serviços em que seja amparado em processo de saúde-doença.

Ao observar como os entrevistados discorreram sobre a diretriz percebe-se divergências, porém o fato dos serviços de saúde terem se tornado mais acessíveis ao passar dos anos é unânime entre os entrevistados. Percebe-se maiores investimentos no acesso de primeiro contato, tanto financeiros quanto de mão de obra qualificada, além do usuário também apoderar-se de seus direitos e reivindicá-los. Conforme o indivíduo se apropria do tema, ele também passa a auxiliar no processo de trabalho, trazendo consigo considerações acerca da realidade em que está inserido, conforme destaca o enfermeiro 1:

E1: A gente sempre faz esses acolhimentos e até agradece no sentido de melhorar o processo de trabalho porque a partir do momento que pontua uma situação [...], que ele traz um problema, a gente pode melhorar para outros usuários também, então a gente tem esse entendimento, não recebe só como crítica.

Portanto, torna-se imprescindível estimular a participação do indivíduo a fim de criar espaços para discussão a partir de processos de trabalho e organização que podem ser melhorados a fim de beneficiar toda a comunidade do território. Este movimento de validação da proposta trazida pelo usuário, tornando-o colaborador ao invés de vítima da situação, é enriquecedor para todos pois melhora o acesso à saúde e o vínculo interpessoal, sendo este um grande desejo de toda a população (Behrens (2019).

Por outro lado, com a ascensão do livre acesso à informação, por vezes os usuários consideram somente o que lhes convém, relegando de seus deveres

enquanto parte de uma comunidade que, assim que como ele em seu papel de indivíduo, outros indivíduos também o fazem parte, sendo a APS porta aberta e com o papel de atender a todos. Para exemplificar esta discussão, seis entrevistados expuseram seus argumentos da seguinte forma:

E4: [...] também existem pessoas que acham que só tem direito.

E10: Os usuários têm bastante defesa. Eles sabem bastante dos seus direitos, eles não sabem dos seus deveres. Eles sabem muito cobrar. [...], os deveres que teriam que ser mais trabalhados a favor do SUS, inclusive pra esse sistema conseguir ser sustentável.

E6: Ele tem direito àquele atendimento ou àquela medicação, mas ele tem que seguir um processo burocrático. Então essa orientação, acho que isso é um meio de ele saber que ele tem direito, mas ele tem os deveres também.

E15: Estamos construindo uma cartilha para o usuário entender o que é direito e entender o que é dever dele.

A literatura sobre o tema demonstra que um dos fatores deste problema é a falta de cidadãos que estejam conscientes tanto sobre seus direitos quanto dos deveres e que também se empoderem a fim de participar na construção por melhorias no sistema como um todo, não somente para julgar, mas também propor mudanças que se adequem a situação vivenciada pela comunidade em si. Essa possibilidade de autonomia por parte dos usuários permite um melhor arranjo dos deveres e direitos que cabem à sociedade e aqueles que cabem ao estado, juntos criando uma via de efetivar as políticas de acesso à saúde por meio de ações compartilhadas (Cotta et al, 2011).

Quando questionados sobre o conhecimento prévio em relação às diretrizes da PNH os entrevistados responderam da seguinte forma sobre clínica ampliada e compartilhada:

E1: [...] A gente tenta ver o usuário de forma mais completa possível e as nossas atuações são muito multiprofissionais por conta dessa realidade que a gente tem de suporte e de rede de apoio. [...] Qualifica a Atenção Primária à Saúde, dá mais vazão àquela demanda no sentido de ser resolutive.

E2: A gente faz os encaminhamentos, mas segue a fila da regulação ou a fila que tem dentro da CELK. às vezes eu tenho uma intercorrência [...] eu deixo que o psicólogo faça esse acolhimento. Ele acolhe e ele direciona. esse primeiro atendimento a gente tem aqui na unidade.

E3: Depende muito da equipe que a gente tá inserida, quando tu tens uma equipe que tem um bom entrosamento e a questão das soft skills, a gente consegue fazer melhor a clínica ampliada. Claro que hoje a gente depende

também de outros níveis de atenção, mas particularmente na atenção básica quando tu tens uma equipe que se dá bem, que tem um bom entrosamento, a gente consegue fazer na verdade a clínica ampliada.

E4: Entra mais na linha da saúde coletiva, trabalhar em redes. Tem várias redes aqui que elas estão estruturadas, estão interligadas [...] a gente tem os outros mecanismos que são os grupos sociais que a gente também tem, controle social, tem as instituições de ensino, [...]. Tem ensaios positivos e algumas coisas acontecem, porque definir o que seria clínica ampliada na prática é a mesma coisa que dizer o que é o acolhimento na prática, é uma vertente filosófica e a clínica ampliada acontece na prática.

E5: a gente tem alguns dispositivos para poder trabalhar a clínica ampliada. Alguns dispositivos que às vezes a gente utiliza um pouco mais e alguns outros que eu acho que, enquanto SUS, a gente poderia também explorar mais como por exemplo, a consulta compartilhada, que a gente faz pouco, poderia talvez dar um pouco mais de resolutividade. [...] Ecomapa, genograma, tantas coisas que a gente poderia estar utilizando e que na verdade a gente não usa. A clínica ampliada é ver todos os recursos que a gente tem disponíveis pra tentar ter um plano de cuidado mais efetivo, que seja mais operacionalizado.

E7: a gente tem os profissionais aqui (no município), nunca tive problema [...] se eu preciso de uma nutri, educadora física, está sempre aqui.

E9: Acho que flui bem.

E10: Se tiver algum problema com alguém da equipe, que é da minha área, eu procuro chamar a pessoa individual, conversar. E depois, se precisar passar para a gerente, a gente tenta entrar em contato com os setores, quando vem muito e-mail do conselho tutelar, "aquela criança está alta, tem que passar por uma consulta médica ou com um pediatra". A gente tenta fazer os encaminhamentos para dar assistência ao paciente.

E12: A gente tenta discutir o projeto terapêutico singular, tem uns pacientes que precisam (de mais assistência), a gente não consegue resolver isso aqui, a gente precisa matricular com rede, CAPS, assistência social. [...] Mas as vezes depende muito do paciente e da família também, porque tu faz todo o matriciamento, mas às vezes, o paciente tem resistência de ir pra uma outra ponta (da rede), de a gente tentar construir uma coisa que ele também faça a autopromoção de saúde, a gestão dele de saúde.

E13: Com a equipe interna consigo estar conversando. Só no caso de precisar de alguma especialidade, um psicólogo, uma nutricionista, é mais difícil. A gente tem os fluxos, que são encaminhados através do sistema e regulação. E aí o paciente é encaminhado, mas não tem o contato de básica com o especialista.

E14: Aqui eu sinto falta, porque na nossa unidade a gente não tem uma equipe multi presente, uma época atrás tinha farmacêutica. Teve a época que teve profissional de educação física e psicóloga e facilita muito. A gente não tem muito acesso, muita comunicação com a equipe multi do distrito porque elas ficam alocados em outras unidades e os grupos que são feitos, são feitos em outras unidades [...], a unidade eu sinto um pouco isolada. O paciente tem como ser encaminhado e atendido, mas a gente de contato direto, eu enfermeira, sinto falta de ter contato direto com nutricionista, psicólogo.

E15: É o princípio de efetivar a integralidade do cuidado, entender o usuário como um todo. O uso de tecnologias leves, leve-duras, duras, o cuidado multiprofissional, da interseccionalidade.

A clínica ampliada coloca em discussão a fragmentação do cuidado. Parte do princípio e necessidade em inserir distintos enfoques e disciplinas no processo de produzir saúde de forma coletiva e compartilhada, partilhando saberes e fortalecendo o trabalho em equipe, buscando a integração de diversas abordagens (Brasil, 2009a).

A clínica ampliada busca a integração entre profissionais para que o cuidado ocorra de forma transversal e multidisciplinar com enfoque na singularidade de cada paciente, utilizando dispositivos e ferramentas, como por exemplo o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que contemplem a complexidade do processo de saúde dos sujeitos com a finalidade de alcançar resultados eficientes, incentivar a autonomia e qualificar o modo de fazer saúde. Além disso, também busca empoderar o paciente para que o mesmo participe ativamente do seu processo de saúde, inserindo-o como co-participante nas decisões, incentivando sua autonomia, protagonismo e corresponsabilização (Brasil, 2013; Brasil, 2009a).

A partir da resposta dos profissionais sobre a clínica ampliada percebe-se que a maioria compreende seu conceito abrangente em relação a atuação multiprofissional em cada caso, levando em consideração o cuidado integral e individualizado dos pacientes promovendo sua autonomia e singularidade, conforme fala dos entrevistados:

E1: a clínica ampliada é mais no sentido de atuação [...] multiprofissional e até de discussão de casos envolvendo mais membros da equipe, acolhendo o usuário e não vendo ele só como uma doença, mas ele no sentido que o nome já diz, clínica ampliada, envolve muito mais coisa além de só um diagnóstico.

E4: Dentro da clínica ampliada que entra o PTS, trabalhar com base científica, com evidências científicas.

E5: A clínica ampliada é ver todos os recursos que a gente tem disponíveis pra tentar ter um plano de cuidado mais efetivo, que seja mais operacionalizado.

E12: A gente tenta discutir o projeto terapêutico singular [...] a gente tenta construir uma coisa que ele também faça a autopromoção de saúde, a gestão dele de saúde.

E15: É o princípio de efetivar a integralidade do cuidado, entender o usuário como um todo [...] o cuidado multiprofissional, da interseccionalidade.

Apesar do conhecimento prévio dos entrevistados sobre o conceito de clínica ampliada e sua importância, os mesmos pontuam dificuldade em executar na sua prática cotidiana, colocando como empecilho o contato reduzido com a equipe multiprofissional como psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos (alocados nos distritos de saúde do município), conforme a fala dos entrevistados abaixo:

E7: O psicólogo é um problema que a gente tem, mas a gente consegue conversar com o profissional, não o agendamento, só para dar uma ajuda, mas depois que o NASF se desfez a gente tem uma certa restrição, é mais burocrático.

E13: Só no caso de precisar de alguma especialidade, um psicólogo, uma nutricionista, é mais difícil.

E14: Aqui eu sinto falta, porque na nossa unidade a gente não tem uma equipe multi presente [...] A gente não tem muito acesso, muita comunicação com a equipe multi do distrito.

Logo, percebe-se a importância da educação permanente e continuada em saúde sobre os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização, pois a inserção da clínica ampliada na rotina dos profissionais da Atenção Primária é uma forte proposta em desenvolver vínculo com os usuários, integração entre os profissionais e fortalecimento deste paciente enquanto sujeito, promovendo sua autonomia por meio do tratamento individualizado e singular, realizando o acolhimento e escuta qualificada, abordando suas demandas específicas, favorecendo a sua recuperação em saúde, assim, a educação permanente entra com uma forte missão de aprimorar os trabalhadores e seu método de trabalho, qualificando-os para a assistência integralizada e humanizada.

Quando questionados sobre o papel do enfermeiro na implementação da PNH no cotidiano do serviço os entrevistados responderam da seguinte forma:

E1: Pra mim é uma categoria muito estratégica, enquanto equipe, a gente construiu isso, não é uma coisa que nasceu de uma hora pra outra, isso é uma construção, eu vejo o enfermeiro como sendo, e como na maioria das vezes ele é, o exemplo dentro da equipe. [...] eu vejo o enfermeiro como uma referência, um ponto de partida de várias situações, [...] se ele se empoderar enquanto categoria, saber da importância do seu papel, mesmo ele não estando na condição de gerente, mas ele é uma direção pra equipe em N situações.

E3: Primeiro de tudo é trabalhar a sua posição enquanto profissional, "eu quero estar na Atenção Primária, eu tenho perfil para estar na Atenção Primária". A partir do momento que ele tem essas duas coisas muito claras certamente ele vai desenvolver com a equipe, que normalmente, o enfermeiro é um líder nato, na equipe mesmo ele não sendo o gerente, até porque ele

gerencia a equipe de enfermagem, hoje é a maior força de trabalho da Atenção Primária, a partir do momento que ele se reconhece ali naquele processo de trabalho, ele tem poder de ampliar a capacidade dele e de toda equipe de implementar a Política Nacional de Humanização.

E4: Primeiro é o processo dialógico, as discussões teóricas que tem que ter e trazer sempre próximo da comunidade, através do Conselho de Saúde, Conselho Local.

E5: Três vezes ao ano, na reunião de equipe, a gente trabalha dispositivos relacionados à PNH. [...] Escuta propostas e sugestões para concretizar as práticas humanizadas no cotidiano, [...] Trabalha entre os trabalhadores com esses momentos reflexivos e dinâmicas, o entrosamento entre a equipe.

E6: Fazer o seu papel, acolhimento e cuidado, promover ações [...] Às vezes na prática, acaba só atendendo, só apagando incêndio, mas tu tem que organizar, tem que planejar o teu trabalho com a sua equipe para poder promover ações, além da educação e saúde, estar orientando. Isso é um dos papéis do enfermeiro, tentar organizar aquele território pra ti fazer a prevenção, não trabalhando só a parte curativa.

E7: O profissional é que tem que ler, tem que saber o que que tá escrito ali, não adianta a secretaria (gestão) fazer treinamento se eu não parar pra ler, se eu não parar pra entender a minha rotina e o meu cotidiano e tentar ajustar isso aqui.

E9: Tem que parar a nossa rotina, sentar e conversar até com os nossos profissionais para entender, [...] aquela pessoa não é só um profissional, [...] porque ele estando feliz, bem no ambiente de trabalho, ele vai conseguir ser humano com outro ser humano, se ele não estiver bem, se eu não acolher as demandas, [...] entender também que ele tem uma vida aqui, fora daqui, não funciona, a coisa fica muito engessada. [...] Tentar ser humana dentro do trabalho também, não só com os pacientes, mas com os profissionais que estão atuando com a gente, às vezes a gente vê isso, o enfermeiro com a equipe, tem uma outra conduta e aí não se chega a uma práxis, de tu faz o que eu digo e não o que eu faço.

E10: Ter mais calma, mais paciência, pra fazer um bom atendimento. A gente atende sempre naquela correria, no dia a dia, a gente sempre busca atender da melhor forma possível. Como eu falei, às vezes a gente tá cansado também.

E11: Apoiar um paciente, ver ele num todo porque cada um tem suas particularidades. [...] Eu sei o quão difícil é às vezes tu ir em uma unidade de saúde tentar resolver um problema e às vezes a unidade de saúde por falta de comunicação ou por falta de interesse dizer "infelizmente não temos, vai ter que fazer particular". Isso dificulta muito [...] Vamos ver, vamos sentar, acolher, conversar e ver qual seria a melhor forma. Será que realmente é só essa a solução ou teriam outras soluções? [...] atender o paciente, ser resolutivo dentro da unidade e se não conseguir vai encaminhar para um profissional, mas não vai deixar sem atendimento esse paciente de forma alguma.

E13: Em reunião, eu dou espaço para eles falarem, desabafarem porque eles têm muitas reclamações, tanto de atendimento ao público quanto de sobrecarga de trabalho e cobranças da secretaria. [...] Eles dão feedback para a gente "ah depois daquela conversa eu me sinto bem melhor, mais aliviada e tal". A gente lida com tantas coisas, e querendo ou não, a gente absorve também.

E14: eu preciso primeiro aplicar a humanização com a minha equipe. [...] Se eu for humana com a minha equipe, entender, é gente cuidando de gente, o tempo inteiro. E eu preciso abraçar esse ser humano na sua totalidade. Fazendo isso eu vou aplicar todos os princípios, diretrizes da humanização. [...] Eles vão te observar integralmente e eles vão reproduzir exatamente o que vocês fazem.

E2 não respondeu.

O enfermeiro possui diversos papéis dentro da equipe de Atenção Primária, dentro de uma unidade de saúde exerce a enfermagem, atividades gerenciais e também de supervisão, tanto da equipe de enfermagem como dos agentes comunitários de saúde. Segundo Ferreira, Périco e Dias (2018) o enfermeiro assume o papel de cuidado e gestão, sendo um líder dentro de sua equipe, além de ser o responsável pela realização de atividades de educação permanente, capacitando os profissionais.

O enfermeiro caracteriza-se como um profissional indispensável para a atenção e gestão da APS. Na humanização, este profissional desempenha um papel fundamental, pois na maioria das vezes é o primeiro a acolher os usuários no serviço de saúde, deste modo deve estar alinhado às diretrizes da PNH para que sua conduta seja embasada cientificamente, pautada na ética e no respeito para que possa atuar de forma humanizada (Pires; Lucena; Mantesso, 2022).

Assim, tendo em vista que a liderança e coordenação dos espaços é inerente a atuação do enfermeiro independentemente do local em que estiver inserido, é essencial que mantenha sua postura ética e atue de forma humanizada. A responsabilidade do enfermeiro para a implementação da Política nos serviços de saúde está relacionada diretamente ao seu papel enquanto gestor e líder de equipe, seu exemplo deve perpassar a todos os profissionais que compõe a equipe da unidade de saúde, conforme fala dos entrevistados:

E1: eu vejo o enfermeiro como sendo, e como na maioria das vezes ele é, o exemplo dentro da equipe.

E3: o enfermeiro é um líder nato, na equipe mesmo ele não sendo o gerente, até porque ele gerencia a equipe de enfermagem.

E14 eu preciso primeiro aplicar a humanização com a minha equipe. [...] Se eu for humana com a minha equipe, entender, é gente cuidando de gente.

A PNH propõe mudanças positivas na forma de produzir saúde, busca articular todos os sujeitos participantes do contexto de forma a promover seu protagonismo,

incentiva a adoção de novas práticas que aumentem a capacidade de resolutividade, bem como a valorização dos indivíduos, engajando a participação popular, a indissociabilidade entre gestão e atenção por meio de reuniões, conversas e diálogos nos serviços de saúde, fazendo-se imprescindível sua implementação nos diferentes serviços de saúde (Ramos *et al*, 2018).

Percebe-se que os profissionais entrevistados valorizam momentos de reunião de equipe, considerando parte fundamental na sua atuação enquanto gestor e, também, utilizam estes momentos como instrumentos para a humanização da equipe, contribuindo para a implementação da PNH aos trabalhadores da saúde, conforme observamos as falas abaixo:

E3: ele (enfermeiro) tem poder de ampliar a capacidade dele e de toda equipe de implementar a política nacional de humanização.

E5: Três vezes ao ano, na reunião de equipe, a gente trabalha dispositivos relacionados à PNH.

E9: Tem que parar a nossa rotina, sentar e conversar até com os nossos profissionais para entender, [...] aquela pessoa não é só um profissional,

E13: Em reunião, eu dou espaço para eles falarem.

Deste modo, enquanto profissional que possui competência profissional e afinidade tanto para atuar na gestão quanto na atenção e tendo maior vínculo com a comunidade, o enfermeiro deve atuar como o espelho de sua equipe, sendo sensível à realidade dos pacientes, realizando as mudanças necessárias para que ocorra a implementação da PNH, promovendo trocas entre a equipe utilizando ferramentas e estratégias, realizando educação permanente, reuniões, valorizando os diferentes sujeitos do processo.

#### 4.4 CATEGORIA 4 - POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Quando questionados sobre as potencialidades que a Política Nacional de Humanização apresenta os entrevistados responderam:

E1: eu vejo tudo como potencialidade, se a gente tivesse protocolos que nos respaldassem e deixasse que a gente fizesse mais coisas com certeza tendo uma equipe comprometida e tendo entendimento do que é a Atenção Primária eu vejo ela muito resolutiva. [...] os protocolos nos respaldam também vejo como uma potencialidade, e a equipe tendo esse entendimento [...] só trouxe

coisa boa, de tu ver o teu paciente realmente na integralidade, ele como ferramenta de trabalho, mas a ferramenta humana.

E3: Na verdade a Política como um todo ela tem um grande potencial de transformar os atendimentos [...] desde que as diretrizes sejam seguidas a gente vai cada vez melhorar o acesso, melhorar a resolutividade, vai qualificar o atendimento do SUS.

E4: Proposta da própria clínica ampliada, projeto terapêutico singular, do empoderamento comunitário e do sujeito, do acolhimento à demanda espontânea, da organização dos arranjos institucionais, e trabalho em rede.

E6: Ter o foco como o paciente, a satisfação dos usuários nos atendimentos, a resolutividade na parte do atendimento e atendimento mais humanizado. ver o paciente como um todo, não tratar só a patologia, não ser aquela parte curativa.

E7: Se você trabalha, percebe o que você pode mudar dentro do teu perfil, porque cada local é único, [...] então a humanização e todas as suas diretrizes, ela vem em função disso, para que você consiga adequar o seu serviço da melhor forma para atender o usuário.

E8: O acesso do paciente e a tomada de decisão para aquele plano terapêutico daquele paciente. Não ficou aquela coisa muito engessada.

E9: Não sei dizer [...]

E10: Acho que melhorou um pouco.

E11: Ela te dá um norte, facilita o serviço e favorece o usuário e o profissional consegue manejar da melhor forma possível. Acredito que isso facilita o nosso trabalho porque sem essa Política Nacional a gente talvez não tivesse os protocolos, esse detalhamento. [...] Mas todos os protocolos estão inseridos e todo mundo dentro do nosso Brasil pode ter acesso à Política Nacional.

E12: Eu acredito que dar voz aos usuários e aos profissionais, a ampliação também de discussão junto com a gestão [...] conseguindo melhorar a conversa, o acesso entre essas pontas, isso melhora o trabalho, o crescimento do SUS, que é nosso objetivo da gestão, do trabalhador, criar um ambiente mais saudável também para o profissional.

E13: Tem bastante ponto positivo, que a intenção é bem boa. Eu acho que tem bastante a ser alcançado ainda [...]. A enfermeira do NEPSHU faz um bom trabalho, ela luta bastante pela humanização no atendimento. Só falta a humanização com o próprio servidor.

E14: Se a gente conseguisse pôr em prática tudo aquilo que ela propõe, seria maravilhoso, [...] no papel é perfeito. [...] ela tem as potencialidades dela já estão descritas naquilo que ela propôs.

E15: Ela é toda potencial.[...] A gente reduziu as ouvidorias ruins em 30% e aumentou as ouvidorias boas em 80% [...] As reuniões de equipe aumentaram em 95%.

Segundo o estudo realizado por Pereira, Goulart e Rezende (2022) a maioria dos profissionais da saúde identificam como pontos positivos na Política a facilidade/melhoria no atendimento ao usuário, destacando uma tendência a acreditar que a

PNH tem como intuito a atenção somente aos clientes do serviço, quando na realidade sua implementação busca englobar todos os sujeitos que constroem o sistema de saúde, modificando as relações estabelecidas e promovendo autonomia e protagonismo dos atores.

A PNH traz como potencialidade a individualidade dos sujeitos, onde todos são co-autores do processo de saúde e participam das tomadas de decisão, ocorre uma construção coletiva de saúde tanto na assistência quanto na gestão, instrumentalizando profissionais, usuários e gestão para que atuem de forma ética, científica e humanizada, com autonomia e alinhados ao mesmo objetivo: melhorar a qualidade dos serviços de saúde no qual estão inseridos (Reis-Borges; Nascimento; Borges, 2018).

A Política foi implementada com o objetivo de sensibilizar serviços de saúde, bem como gestores, servidores e usuários a fim de promover melhores condições de trabalho e, assim, impulsionar a qualidade da assistência realizada, compreendendo cada indivíduo como um ser único, individual. Os profissionais entrevistados compreendem que a PNH trouxe como potencialidades a humanização no atendimento, oito enfermeiros discorreram sobre o impacto da Política ao usuário, onde os pacientes são inseridos como atores do cuidado e os profissionais buscam realizar um cuidado integral, conforme pode-se observar na fala do entrevistado 1:

E1: “Ter o foco como o paciente [...] cuidado integral [...] a satisfação dos usuários nos atendimentos.”

Percebe-se uma fragilidade no conhecimento sobre as diretrizes da PNH que abordam a valorização do trabalhador e a busca pela integração entre os principais atores da esfera de saúde (gestão, usuários e profissionais). Nota-se um profundo saber em relação a humanização no ato de cuidar que envolve o usuário, porém foi possível observar que os entrevistados desconhecem a relevância e o impacto da PNH ao profissional da saúde, tanto na assistência quanto no ato de gerir.

Houveram divergências entre as respostas, pois tiveram entrevistados que não souberam pontuar potencialidades, evidenciando o desconhecimento sobre os objetivos da implementação da Política e sua importância no SUS, visto que a mesma busca qualificar os processos, estreitando laços entre os três principais sujeitos dos serviços para que ocorra uma construção coletiva na forma de produzir-se saúde.

Quando questionados sobre as fragilidades que a Política Nacional de Humanização apresenta, os entrevistados responderam:

E1: [...] não é todo profissional que às vezes vai tocar naquele paciente ou que vai acolher aquele para ter o entendimento do que de fato ele precisa. Tem serviços que demoram e a gente fica de mãos atadas [...].

E3: Ainda tem fragilidade na questão de ambiência, precisa evoluir nesse sentido, a gente tem um desconhecimento mesmo, falta um pouco também de treinamento [...] hoje a gente tem dificuldade de é de relações, relação equipe-equipe, relação equipe-paciente.

E4: [...] falta de aderir esse projeto individualmente e, às vezes, falta de iniciativa de gestão. Nós temos uma contracorrente que eu creio que luta contra esse sistema operativista que é um Núcleo de Educação Permanente. Eu acho que ela é uma fragilidade porque ela está numa quebra de braços. Ela luta contra isso, ela quer construir um processo melhor.

E5: A desvalorização da classe trabalhadora é uma consequência. Não é uma desvantagem da PNH porque na verdade ela não promove isso. [...] Ela promove valorizar, se torna [fragilidade] quando o que ela preconiza não é realizado.

E6: A demanda, tu dar acesso a todos [...] fisicamente a unidade com dois, três médicos, duas enfermeiras não dão conta de toda a população [...] até pelo tempo, tem que ter profissional disponível, a quantidade de pessoas para trabalhar.

E7: o usuário, ele tem muito direito e tem pouco dever, e aí faz com que ele chegue aqui [...] dizendo que paga o teu salário.

E9 e E10: Não souberam responder.

E11: Tem [fragilidade] porque nenhum paciente é igual ao outro. Vai ter casos que sim, que vai servir exatamente aquele fluxo para um determinado paciente. Mas vai ter pacientes que vão ter que fugir um pouquinho a parte [...] Muitos casos são muito subjetivos.

E12: A questão é essa do matriciamento, muitas vezes, a gente fica na nossa casinha mesmo, eu não digo individualmente, é uma característica da equipe, de a gente tentar resolver e, às vezes, se quebra isso, esse cuidado.

E13: voltar um pouco o olhar para quem está prestando o serviço. Talvez algum programa que vá cuidar do cuidador, até já se fala sobre isso, mas não com tanta ênfase, mas eu acho que seria isso, porque se preocupa muito em estar prestando um bom trabalho, mas não está se preocupando tanto em cuidar daquela pessoa que está prestando aquele trabalho.

E15: Por não ser uma coisa palpável, não entrega números, [...] o ponto fraco é as pessoas que não têm o conhecimento da PNH acharem que ela é invisível e não palpável.

O Sistema Único de Saúde possui como princípios a universalidade, equidade e integralidade e, apesar de inúmeros avanços em relação a novas tecnologias, adoção de novas práticas e construção de novos saberes, existem inúmeras

fragilidades a serem superadas. A humanização enquanto política visa aplicar os princípios do SUS de modo a tocar os diferentes sujeitos que estão inseridos nas redes de saúde, disseminando seus princípios e diretrizes por meio de práticas humanistas, provocando a sensibilização em usuários, profissionais e gestores (Brasil, 2006).

Ao observarmos a PNH enquanto Política Pública, na sua implantação almejava-se mudanças em prol da valorização do trabalhador, educação permanente à equipe, garantia do direito dos usuários, bem como a gestão participativa entre atenção, gestão e usuários, ampliação de acesso e diminuição de filas (Brasil, 2006). A partir da fala dos entrevistados percebe-se que os resultados esperados da PNH são divergentes na atenção, ocorrendo de maneira fragilizada, conforme entrevistas:

E2: Algumas limitações, atrapalham muito, onera muito o sistema.

E3: acho que talvez precisaria outras formas de avaliar os profissionais que vão trabalhar na atenção básica, se eles têm realmente esse poder de ser acolhedor, de fazer escuta qualificada, de trabalhar relações, e relações não só relações entre paciente e profissional, mas relações entre profissionais.

E4: Falta de vontade da gestão e a falta de vontade dos profissionais, [...] falta de aderir esse projeto individualmente.

E5: A desvalorização da classe trabalhadora é uma consequência.

E7: o usuário, ele tem muito direito e tem pouco dever.

E12: Falta de diálogo é algo que pode dificultar.

E13: [...] se preocupa muito em estar prestando um bom trabalho, mas não está se preocupando tanto em cuidar daquela pessoa que está prestando aquele trabalho.

E14: se preocupa muito em estar prestando um bom trabalho, mas não está se preocupando tanto em cuidar daquela pessoa que está prestando aquele trabalho.

Sabendo-se que o trabalho não é apenas uma forma de subsistência dos seres humanos e sim um aspecto fundamental dos sujeitos pertencentes a sociedade e que compõe parte essencial da identidade das pessoas, é imprescindível a garantia de condições justas de trabalho, alinhadas aos direitos humanos e constitucionais, preservando a dignidade e promovendo a valorização destes profissionais (Araújo; Gil, 2020)

Conforme a relato dos entrevistados pode-se perceber que entre as fragilidades da PNH a falta de valorização dos profissionais que estão nos serviços caracteriza-se

como um ponto importante e que impacta de forma direta a atuação destes trabalhadores.

Segundo *Tasca et al (2020)* para que a ESF enquanto Atenção Primária possa aprimorar sua capacidade de promover saúde é necessário investimento financeiro, material e humano, instituindo estratégias para educação permanente na equipe, novas tecnologias, ampliação da comunicação e, principalmente, adoção de medidas que ofereçam condições de trabalho para as equipes, reconhecendo que a saúde é construída por pessoas e, sendo assim, faz-se necessário aprimorar seus processos estabelecidos para melhor organização do serviços, humanizando o trabalhador estarei contribuindo para a atuação humanizada dos profissionais na atenção.

#### 4.5 CATEGORIA 5 - AVALIAÇÃO DOS 20 ANOS DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.

Quando questionados sobre o desenvolvimento da Política Nacional de Humanização no sentido de ver mudanças ao longo destes 20 anos, os entrevistados responderam:

E1: A tecnologia ajudou muito. [...] Hoje o protocolo tá ali no sistema é só tu sentar [...] O processo de cobrança também é bem importante e o suporte que tu tens enquanto Secretaria de Saúde, no sentido de fazer as implantações e cobrar [...] hoje a gente já vê que não é mais um protocolo de gaveta, que de fato faz sentido, as implantações no município. Tu implanta e tu vê o negócio acontecer. [...] no ambiente em si, a estrutura das unidades, a apresentação de um profissional uniformizado com crachá [...] De tu saber com quem tu tá falando, de tu saber que ali é um profissional de saúde, que ele tem um nome, que ele tem uma identidade enquanto profissional.

E2 e E9 não responderam.

E3: Trouxe mudança, é claro, hoje a gente ouve falar muito mais em acolhimento, hoje a gente cobra muito mais a questão de ambiência, então as diretrizes dela, a partir do momento que a gente toma conhecimento a gente começa a cobrar até um pouco mais pra mudar realmente o sistema que a gente quer que seja resolutivo.

E4: Fortalecimento da política, o fortalecimento do SUS enquanto serviço público, como política pública, valorização do SUS. [...] A política traz que o SUS deve ser de qualidade, deve ser feito de forma técnica, de forma humanizada e eu creio que ela traz isso, mexeu com o arranjo institucional curativista e está trazendo um modelo de saúde ampliado.

E5: Acesso à educação para classe dos trabalhadores [...] a informatização ajudou porque hoje, a gente tem muita informação na palma da nossa mão. Ter uma política já acaba também facilitando por ser algo que está implantado em todo o território. A partir da política também houveram revisão das matrizes curriculares. [...] 20 anos parece que é muito tempo, mas na verdade

não é muito tempo pra gente provocar mudanças no processo das pessoas de fazer saúde, de fazer cuidado, de dar cuidado às pessoas, não é de uma hora pra outra.

E6: Resolutividade, essa visão de acompanhar o paciente, [...]. A gente vê a evolução do enfermeiro fazendo consulta pré-natal, protocolo, prescrevendo, a gente teve essa evolução. E também a questão de agregar outros profissionais à equipe, deu um suporte.

E7: O profissional é que tem que buscar (conhecer) pra que ele faça com que essas mudanças aconteçam.

E8: O acesso e a autonomia que a gente tem hoje. O enfermeiro tem muita autonomia. Por ser gerente, sempre foi gerente, mais pelos protocolos que a gente tem. Mas essa política na questão do acesso hoje deixou muita autonomia pro enfermeiro resolver problemas.

E10: É muito fluxo, é muita mudança. E aí pra... Só fazendo uma pós mesmo, que daí tu tem que ler, tem que estudar.

E12: Hoje a gente tem o NEPSHU [...] que traz essa questão de olhar humanizado para o profissional, isso nós não tínhamos, não tínhamos um diálogo [...] rotina de reuniões [...] Hoje, com isso a gente conseguiu, trabalhar, instrumentalizar o conselho, as pessoas, que estamos no mesmo lado e ter essa conversa mais próxima da gestão através de projetos como esse do NEPSHU, que é bem importante, foi algo que mudou bastante.

E15: Os princípios do SUS sempre existiram ali, mas precisou a Política de Humanização pra gente realmente entender que é importante eu efetivar eles. Teve vários avanços, sim. A gente precisa melhorar muito as figuras de gestão. O reflexo dos trabalhadores hoje que não tem humanização é o reflexo de uma gestão não humanizada.

A Política Nacional de Humanização, segundo Duarte e Noro (2010) deve ser construída de forma coletiva, sua implementação ocorre no dia-a-dia dos profissionais por meio do interesse dos envolvidos em participar da troca de saberes, do engajamento e protagonismo de gestores, profissionais e usuários na criação de vínculos e estratégias para sua efetivação, construindo ações em saúde a fim de solidificar tanto a Política quanto os princípios do SUS para que sejam promovidas as mudanças que desejam ver nos serviços de saúde.

A PNH trouxe mudanças para todos os sujeitos que estão inseridos no contexto de saúde, fomentando a autonomia dos indivíduos, bem como seu protagonismo enquanto sujeito pertencente ao Sistema Único de Saúde e proporcionando a corresponsabilização pelos processos. A Política construiu pontes para o estabelecimento de vínculos entre gestão, profissionais e usuários, transformando assim a realidade da atenção e gestão, direcionando a prioridade para o bem estar dos indivíduos (Duarte; Noro, 2010).

Assim, percebe-se a reestruturação na maneira de produzir saúde, inserindo os sujeitos nos processos, com transparência de informação, capacitações por meio de educação continuada em saúde, reuniões de colegiado e participação social, efetivando assim os princípios do SUS e da humanização (Ramos *et al*, 2018).

A implementação da Política Nacional de Humanização é essencial para que ocorra a valorização dos sujeitos que estão inseridos no SUS, deve ser utilizada como uma potente ferramenta de mudança, transformando os processos de trabalho, a forma de produzir saúde e desenvolvendo estratégias que alcancem usuários e profissionais, promovendo a integralidade no cuidado, gerando autonomia e efetivando a prática humanista (Pereira; Goulart; Rezende, 2022).

Em relação às mudanças no âmbito da Atenção Primária nos 20 anos de PNH, cinco entrevistados destacaram as capacitações por meio de educação permanente que a Secretaria de Saúde proporciona por meio do NEPSHU.

E13: “Um trabalho impactante que eu acho que mudou bastante foi a implantação do NEPSHU aqui no município[...] está sendo bem impactante, sim, na questão de estar oferecendo capacitação, conhecimento, preparo para os profissionais, eu acho bem positivo isso.”

Também foram pontuadas como mudança o acesso facilitado à informação/protocolos e como essa informatização viabilizou autonomia para a prática profissional da enfermagem, possibilitando ao profissional maior resolutividade nas demandas que chegam ao serviço. Ainda, destaca-se o fortalecimento do SUS, momento em que os entrevistados pontuam que a Política é uma forte potencializadora dos seus princípios e diretrizes.

Percebe-se que os entrevistados citaram com maior afinco as mudanças em prol dos usuários, corroborando com estudos que trazem sobre a importância da PNH para o empoderamento dos usuários dos serviços de saúde e seus direitos enquanto cidadãos. Cabe citar também que os entrevistados relataram que a Política trouxe pontos positivos e mudanças significativas para sua atuação profissional, propiciando maior autonomia e resolutividade com ferramentas de trabalho humanizadas, tendo destaque em suas falas a implementação do Núcleo de Educação Permanente no município de Criciúma.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao decorrer da construção deste estudo pode-se compreender como os enfermeiros que atuam na Atenção Primária avaliam os 20 anos de Política Nacional de Humanização em que os apontamentos realizados vão ao encontro a estudos sobre o impacto positivo da PNH, as mudanças que promoveu na autonomia, resolutividade, a indissociabilidade entre gestão e assistência, propiciando a tomada de decisão nos processos e a corresponsabilização na construção do SUS.

Os pressupostos foram confirmados a partir da realidade do município, em que a enfermagem é composta em sua maioria por mulheres. As fragilidades relatadas perpassam a infraestrutura e a desvalorização do trabalhador. O acolhimento, autonomia e responsabilização social com a construção coletiva dos processos de saúde foram as principais potencialidades destacadas entre os entrevistados. O enfermeiro, enquanto profissional atuante na Atenção Primária, se faz indispensável na prática cotidiana de humanização, pois através de suas atribuições tem capacidade em proporcionar ações de promoção, prevenção e recuperação em saúde, compondo parte da equipe multidisciplinar e mantendo-se em educação permanente, capacitando a si e aos demais membros da equipe.

Acredita-se que os resultados deste estudo sirvam de referência para pesquisas futuras envolvendo esse contexto, sobretudo pela possibilidade de verificar se a Política Nacional de Humanização continua alinhada ao seu objetivo de humanizar o atendimento, assim como propiciar a reflexão e mudança nas práticas profissionais e na forma de produzir saúde na interação entre gestão, trabalhadores e usuários, realizando possíveis intervenções na organização dos serviços de saúde a partir do olhar e necessidades de saúde dos sujeitos inseridos nos espaços de saúde para que juntos sigam fortalecendo o SUS e perpetuem seus princípios e diretrizes.

O tema deste estudo relaciona-se diretamente com a prática vivenciada durante as atividades teórico práticas e estágios supervisionados. O processo de construção, pesquisa e escrita tornou-se satisfatório para as autoras, pois construiu-se um ambiente de aprendizado no qual aprofundamos nossos conhecimentos teóricos sobre a PNH e a partir das entrevistas pode-se compreender a importância da aplicação da política nos serviços de saúde por meio de relatos de experiência dos entrevistados e sua prática cotidiana. Assim, podemos concluir que a implementação da PNH ocorre no dia-a-dia, desde o momento em que acolhemos um profissional ou

usuário do serviço, com o esforço e a colaboração de todos os atores sociais que compõem o sistema de saúde buscando um SUS que dá certo, o SUS que acreditamos e lutamos em defesa.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Simone Lopes de; CAMARGO, Calvino; ARAÚJO, Kristiane Alves; ALVES, Ana Paula Barbosa; BARRETO, Hosana Carolina dos Santos. Política de humanização (HumanizaSUS): uma política transversal na saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.L.], n. 30, p. 1-6, 31 ago. 2019. Revista Eletronica Acervo Saude. <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e786.2019>.
- ALVARENGA, José da Paz Oliveira; SOUSA, Maria Fátima de. Processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba – Brasil: perfil profissional e práticas de cuidados na dimensão assistencial. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 46, n. 135, p. 1077-1092, dez. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202213509>.
- ARAUJO, Jailton Macena de; GIL, Suelen Tavares. Trabalho decente como conceito harmonizador entre os princípios constitucionais dignidade humana e valorização do trabalho. **Revista de Direito**, [S.L.], v. 12, n. 02, p. 01-26, 16 nov. 2020. Revista de Direito. <http://dx.doi.org/10.32361/2020120211113>.
- BACKES, Dirce Stein; BACKES, Marli Stein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; BÜSCHER, Andreas. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 223-230, jan. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000100024>.
- BARDIN, Laurence. (2006). Análise de conteúdo (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977).
- BATISTA, Claudio Lucas Farias; FERNANDES, Lucas Henrique; GEVAERD JÚNIOR, Rafael Henrique; LOPES, Anália Rosário; MOMBELLI, Monica Augusta. ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: a teoria e a prática em uma unidade de saúde da família na perspectiva de acadêmicos de medicina. **Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 829-842, 30 mar. 2023. Universidade Paranaense. <http://dx.doi.org/10.25110/arqsaude.v27i2.2023-018>
- BARROS, Aidil de Jesus Paes de; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. Projeto de pesquisa: propostas metodológicas. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BEHRENS, Ronaldo. Segurança do paciente e os direitos do usuário. **Revista Bioética**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 253-260, jun. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019272307>.
- BRANDÃO, Leyla Gabriela Verner Amaral; TEIXEIRA, Cristiane Chagas; AFONSO, Thaisa Cristina; AMARAL, Robson Tostes; BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz. O sentido do trabalho na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.L.], v. 11, n. 8, p. 1-8, 19 mar. 2019. Revista Eletronica Acervo Saude. <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e528.2019>.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [1988]. Disponível em:

[https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF\\_Planalto\\_EC132\\_digital.pdf](https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF_Planalto_EC132_digital.pdf) . Acesso em 29 de set. de 2023.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set. 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. 3. ed. Brasília, 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_direitos\\_usuarios\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf)

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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, determinando que a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, publicará os manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas desta Política. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221\\_17\\_04\\_2008.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília: DF. 2006. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização - PNH. 1. ed. Brasília, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. A experiência da diretriz de ambiência da Política Nacional de Humanização - PNH. Brasília, 2017b. Disponível em: [https://redehumanizausus.net/wp-content/uploads/2017/09/experiencia\\_diretriz\\_ambiencia\\_humanizacao\\_pnh.pdf](https://redehumanizausus.net/wp-content/uploads/2017/09/experiencia_diretriz_ambiencia_humanizacao_pnh.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica Compartilhada. Brasília, 2009a.

Disponível em

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_fol\\_heto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS - Gestão Participativa e Cogestão. Brasília, 2009b. Disponível em

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_fol\\_heto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf)

BRAZ, Antônio Igor Duarte; ARAÚJO, Samila Torquato; PEREIRA, Maíra Barroso; MENDONÇA, Francisco Antônio da Cruz; COELHO, Patrícia Borges Barjud; MADEIRO, Ana Paula de Sousa; MACÊDO, André Luiz Coutinho Araújo; GUIMARÃES, Manoel Pedro Guedes; MEDEIROS, Melissa Soares. INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: associação com a cobertura da atenção primária, 2015 a 2021. **Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 737-753, 30 mar. 2023. Universidade Paranaense. <http://dx.doi.org/10.25110/arqsaude.v27i2.2023-013>.

CALDERON, Daniela Baumgart de Liz; VERDI, Marta Inez Machado. Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 859-870, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0960>.

CÂMARA, Felipe Tolstenko Nogueira Ayres; TORRES, Zilmar Wanderson Saraiva; SOUSA, Mateus Rodrigues de; BOSO, Carlos Eduardo; NUNES, Vinícius Sá; BARBOSA, Lucas Santos; MILANEZ, Isabel Maria Arruda; LIMA, Esdras Morais Sobreiro; NOGUEIRA, Ludmila Tolstenko; NOGUEIRA, Luciana Tolstenko. Humanização na atenção primária. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, [S.L.], v. 46, p. 1-7, 7 dez. 2023. Revista Eletronica Acervo Saude. <http://dx.doi.org/10.25248/react.e14169.2023>.

CODATO, Adriano Nervo. Uma história política da transição brasileira: da ditadura militar à democracia. **Revista de Sociologia e Política**, [S.L.], n. 25, p. 83-106, nov. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-44782005000200008>.

COFEN. Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. 2013. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html#collapseNine> Acesso em: 22 abr. 2024.

CORDEIRO, Antonia Lucas de Oliveira; FORTES, Renata Costa. Relato de experiência a partir de observação da ambiência e fluxo de uma unidade básicas de saúde do Distrito Federal. **Jornal Brasileiro de Desenvolvimento**, [S.L.], v. 7, n. 11, p. 104399-104412, 11 nov. 2021. **South Florida Publishing LLC**. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv7n11-184>.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MARTINS, Poliana Cardoso; BATISTA, Rodrigo Siqueira; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro; PRIORE, Sílvia E.; MENDES,

Fabio Faria. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1121-1137, 06 jul. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2011.v21n3/1121-1138/pt>. Acesso em: 04 maio 2024.

CRICIÚMA. Secretaria Municipal De Saúde. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. Disponível em: <https://transparencia.criciuma.sc.gov.br/outros/6413526e31c76-plano-municipal-2022-2025-finalizado.pdf> Acesso em: 13 out. 2023.

CUNHA, Penha F.; MAGAJEWSKI, Flávio. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do sus. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 71-79, maio 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902012000500006>.

DIAS, Natércia Taveira Carvalhaes; COSTA, Anelise de Melo Bernardes; MARTINEZ, Maria Regina. A humanização como estratégia de gestão de pessoas para os profissionais da enfermagem: ensaio teórico reflexivo. **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 6, n. 2, p. 7762-7775, 2020. Brazilian Journal of Development. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n2-180>.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; NORO, Adelita. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 31, n. 4, p. 685-692, dez. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472010000400011>.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 208-223, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s114>.

FEITOSA, Maria Vanyelle Nogueira; CANDEIAS, Raimunda das; FEITOSA, Anna Karuza Nogueira; MELO, Wesley Soares de; ARAÚJO, Flaviane Melo; CARMO, Janina Falcão do; SILVA, Francisco Daniel Rodrigues da; BARROSO, Maria Emanuely Crisostomo; PINHEIRO, Mara Cibelly da Silva; BRITO, Aline Oliveira Rocha. Práticas e saberes do acolhimento na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, [S.L.], v. 13, n. 3, p. 1-8, 21 mar. 2021. **Revista Eletronica Acervo Saude**. <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e5308.2021>.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PÉRICO, Lisiane Andréia Devinar; DIAS, Vilma Regina Freitas Gonçalves. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 71, n. 1, p. 704-709, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo; ZANDONADE, Eliane; GARCIA, Ana Claudia Pinheiro; FREITAS, Paula de Souza Silva; SEIDL, Helena; CONTARATO, Priscilla Caran; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho; LIMA, Rita de Cássia Duarte. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 1-9, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160013>.

HENRIQUES, Amanda Haissa Barros; TEMOTEO, Rayrla Cristina de Abreu; RODRIGUES, Ana Jéssica Conçalves; PEREIRA, Juliana de Castro Nunes; MUNIZ, Marcela Lourene Correia. Humanização Da Equipe De Enfermagem Na Visita Domiciliar: Enfoque Na Estratégia Da Saúde Da Família. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, [S. l.], v. 1, n. 3, p. 21, 2020. Disponível em: <https://editoraime.com.br/revistas/index.php/remms/article/view/365> Acesso em: 28 ago. 2023.

MACHADO, Gilmar Antonio Batista; DIAS, Bruna Moreno; SILVA, Jean José; BERNARDES, Andrea; GABRIEL, Carmen Silvia. Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais. *Acta Paulista de Enfermagem*, [S.L.], v. 34, p. 1-8, 2021. *Acta Paulista de Enfermagem*. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao00973>

MAGALHÃES, Monique Delgado de Faria. Estereótipos De Gênero Na Enfermagem Brasileira: Memória E Perspectivas. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Sexual da Faculdade de Ciências e Letras. Araraquara: São Paulo, p. 11-34. 2021. Disponível em [https://agendapos.fclar.unesp.br/agenda-pos/educacao\\_sexual/5684.pdf](https://agendapos.fclar.unesp.br/agenda-pos/educacao_sexual/5684.pdf) Acesso em 10 abr 2024.

MELO, Milena Vieira da Silva; FORTE, Franklin Delano Soares; BRITO, Geraldo Eduardo Guedes; PONTES, Maria de Lourdes de Farias; PESSOA, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: análise de sua implantação em município de grande porte do nordeste brasileiro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 1-13, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.220358>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008. NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa – Características, usos e possibilidades. Caderno de pesquisas em administração. São Paulo, v. 1, n. 3, 2º sem.

NODA, Larissa Midori; ALVES, Maria Virgínia Martins Faria Faddul; GONÇALVES, Mariana Faria; SILVA, Fernanda Sotrate da; FUSCO, Suzimar de Fátima Benato; AVILA, Marla Andréia Garcia de. A HUMANIZAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL SOB A ÓTICA DOS PAÍS. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, [S.L.], v. 22, p. 1-6, 2018. Universidade Federal de Minas Gerais - Pro-Reitoria de Pesquisa. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180008>.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; COLLET, Neusa; VIERA, Cláudia Silveira. A humanização na assistência à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S.L.], v. 14, n. 2, p. 277-284, abr. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692006000200019>.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 66, n. , p. 158-164, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672013000700020>.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. Conferência de Nova York. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod\\_resource/content/0/Constituicao%20da%20Organizacao%20Mundial%20da%20Saude%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constituicao%20da%20Organizacao%20Mundial%20da%20Saude%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf) Acesso em 29 set 2023

OMS, Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1978. Conferência de Alma-Ata. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf) Acesso em: 29 set. 2023.

ORTEGA, Maria del Carmen Barbera; CECAGNO, Diana; LLOR, Ana Myriam Seva; SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler de; MONTESINOS, Maria José López; SOLER, Loreto Maciá. Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 404-410, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0432.2569>.

PAIM, Jairnilson Silva. **O QUE É O SUS**. 6 ed. de 2016. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 43-74 p. (Temas em saúde). Disponível em <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/> Acesso em 29 ago 2023.

PENEDO, Rafaela Mossarelli; GONÇALO, Camila da Silva; QUELUZ, Dagmar de Paula. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de saúde da família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 23, p. 1-15, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.170451>.

PEREIRA, Natália Cristina; GOULART, Bethania Ferreira; REZENDE, Marina Pereira. A política nacional de humanização e o trabalho da equipe de enfermagem. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 11, n. 15, p. 1-13, 26 nov. 2022. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37585>.

PEROVANO, Dalton Gean. Manual de metodologia científica para a segurança pública e defesa social. Curitiba: Juruá, 2014.

PIRES, Renata de Cássia Coelho; LUCENA, Adriana Dias; MANTESSO, Jhennyfer Barbosa de Oliveira. Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde (APS): uma revisão integrativa da literatura. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [S.L.], v. 12, n. 37, p. 107-114, 8 mar. 2022. Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.107-114>.

RAMOS, Elen Amaral; KATTAH, Junia Araceli Ribas; MIRANDA, Ludmila Mercês de; RANDOW, Raquel; GUERRA, Vanessa de Almeida. Humanização na Atenção Primária à Saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, [S.L.], v. 28, p. 1-8, 2018. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180134>.

REIS-BORGES, Grasiela Cristina; NASCIMENTO, Edinalva Neves; BORGES, Daniel Martins. Impacto da Política Nacional de Humanização na Estratégia Saúde

da Família e na Rede de Saúde. **Distúrbios da Comunicação**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 194, 1 abr. 2018. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). <http://dx.doi.org/10.23925/2176-2724.2018v30i1p194-200>.

RIOS, Izabel Cristina. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 33, n. 2, p. 253-261, jun. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022009000200013>.

SANTOS, Angelica Brandão. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. **Aps em Revista**, [S.L.], v. 1, n. 2, p. 170-179, 24 jul. 2019. Lepidus Tecnologia. <http://dx.doi.org/10.14295/aps.v1i2.23>.

SANTOS, Jaqueline Rocha Borges dos; BRITO, Luciana Macedo. Interprofissionalidade na Atenção Primária à Saúde. In: FURTADO, José Henrique de Lacerda; QUEIROZ, Caio Ramon; ANDRES, Silvana Carloto. (Org.). *Atenção Primária à Saúde no Brasil - Desafios e Possibilidades no cenário contemporâneo*. Campina Grande: Editora Amplla, 2021, p. 52-60. Disponível em: <https://encurtador.com.br/esQRU> Acesso em 30 ago 2023

SILVA, Natércia Regina Mendes; LAGO, Rozilaine Redi; LAGO, Samara Devai; BORGES, Maria Fernanda de Sousa Oliveira. A humanização da assistência de enfermagem na perspectiva de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 8, n. 4, p. 30417-30431, 25 abr. 2022. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv8n4-496>.

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis; RODRIGUES, Fernanda Resende; TAVARES, Darlene Mara dos Santos; RODRIGUES, Leiner Resende. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 16, n. 3, p. 439-444, set. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072007000300009>.

SOBRINHO, Adailson José Souza Santos; SANTOS, Jailma Frias. Importância da humanização na adesão dos usuários aos serviços de Saúde na atenção primária. **Disciplinarum Scientia - Ciências da Saúde**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 369-378, 2021. Disciplinarum Scientia: Ciências da Saúde. <http://dx.doi.org/10.37777/dscs.v22n1-028>.

TASCA, Renato; MASSUDA, Adriano; CARVALHO, Wellington Mendes; BUCHWEITZ, Claudia; HARZHEIM, Erno. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, [S.L.], v. 44, p. 1, 6 jan. 2020. Pan American Health Organization. <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2020.4>.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique; VIDAL, Tiago Barra. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 361-378, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s125>.

TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; FUNGUETO, Larissa; MARASCHIN, Maristela Salete; TONINI, Nelsi Salete. Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 45, n. 130, p. 666-680, set. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202113008> .

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de; NICOLOTTI, Célia Adriana; SILVA, Jeane Felix da; PEREIRA, Sônia Maria Lievori do Rego. Entre políticas (EPS - Educação Permanente em Saúde e PNH - Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o sistema único de saúde (SUS). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.L.], v. 20, n. 59, p. 981-991, 15 ago. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0707>.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – ROTEIRO PARA QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

1- Número de identificação do questionário:\_\_\_\_\_.

2 - Qual a sua idade em anos,\_\_\_\_\_anos?

3 - Sexo: ( ) masculino ( ) feminino.

4- Cor da pele ou raça: ( ) branca ( ) preta ( ) parda ( ) amarela ( ) indígena.

5- Estado civil: ( ) casado / união estável ( ) divorciado / separado (a) ( )  
solteiro (a) ( ) viúvo (a).

6 - Tempo de formação em anos: \_\_\_\_\_ anos

7 Possui alguma especialização após a graduação?

a) Sim.

b) Não.

Se sim, qual?\_\_\_\_\_.

8 - Há quanto tempo trabalha em Atenção Primária à saúde? \_\_\_meses/ anos.

9 - Há quanto tempo trabalha na instituição? \_\_\_meses/ anos.

10 \_\_\_\_\_ - Você possui  
outros vínculos empregatícios?

11 \_\_\_\_\_ Qual a carga  
horária semanal \_\_\_\_\_ horas.

## APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. O que você conhece em relação a Política Nacional de Humanização?
2. Na sua visão, o que seria um atendimento humanizado na unidade básica de saúde?
3. Como você identifica a prática da humanização no seu dia-a-dia?
4. Considerando as diretrizes da PNH:
  - a) Ambiência;
  - b) Acolhimento;
  - c) Cogestão;
  - d) Valorização do trabalhador;
  - e) Defesa dos direitos do usuário;
  - f) Clínica ampliada.Como você as identifica no cotidiano?  
De que forma elas se fazem presente?
5. Na sua opinião, quais potencialidades a PNH apresenta?
6. Na sua opinião, quais fragilidades a PNH apresenta?
7. Qual sua avaliação do desenvolvimento da PNH, no sentido de ver mudanças nestes 20 anos após a criação e aplicação da política?
8. O que o enfermeiro, inserido na APS, pode fazer a respeito da implementação da PNH na sua prática cotidiana?

## ANEXOS

## ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**CEP**  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
DE SERES HUMANOS



1

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

**Título da Pesquisa:** 20 ANOS DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: O QUE MUDOU NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DOS ENFERMEIROS DE UM MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL CATARINENSE

**Objetivo:** Compreender como os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde avaliam os 20 anos da Política Nacional de Humanização.

**Período da coleta de dados:** 05 de fevereiro a 29 de março de 2024

**Tempo estimado para cada coleta:** 50 minutos

**Local da coleta:** Unidades Básicas de Saúde do município de Criciúma, estado de Santa Catarina, Brasil.

**Pesquisador/Orientador:** Letícia Felipe Milak **Telefone:** 48 996287467

**Pesquisador/Acadêmico:** Maria Eduarda Oliveira Leal **Telefone:** 51 980185101

**Pesquisador/Acadêmico:** Joana Carlos Becker **Telefone:** 51 998738291

**9ª fase do Curso de Enfermagem da UNESC**

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

TCLE CEP/UNESC – versão 2018 | Página 1 de 3



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

#### DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

O presente estudo tem por objetivo entrevistar o participante, com uso de perguntas elaboradas pelos autores, acerca dos conhecimentos do enfermeiro para com a temática da Política Nacional de Humanização e sua aplicação na Atenção Primária, com duração de 50 minutos, sendo esta entrevista gravada por meio do uso de telefone celular, com a finalidade de realizar posterior transcrição do conteúdo e seu uso na discussão do trabalho.

#### RISCOS

Perda da confidencialidade dos dados e este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgado os dados pessoais dos profissionais entrevistados.  
Será garantido aos sujeitos participantes o anonimato e sigilo referente às entrevistas; com a explicação dos objetivos da pesquisa e metodologia utilizada; além do direito de desistir em qualquer fase de aplicação.

#### BENEFÍCIOS

A pesquisa tem como objetivo compreender como os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde avaliam os 20 anos da PNH, assim a participação possui como benefícios a contribuição para o crescimento do acervo e estudos em torno do assunto com a produção de novos materiais científicos.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável

(o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora Maria Eduarda Oliveira Leal pelo telefone 51 980185101 e/ ou pelo e-mail [oliveiraadu@gmail.com](mailto:oliveiraadu@gmail.com) ou com a pesquisadora Joana Carlos Becker pelo telefone 51 998738291 e/ou pelo e-mail [jcarlosbecker25@gmail.com](mailto:jcarlosbecker25@gmail.com)

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC

(endereço no rodapé da página).

TCLE CEP/UNESC – versão 2018 | Página 2 de 3

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC  
 Bloco Administrativo – Sala 31 | Fone (48) 3431 2606 | [cetica@unesc.net](mailto:cetica@unesc.net) | [www.unesc.net/cep](http://www.unesc.net/cep)  
 Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h.



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
<p><b>Voluntário(a)/Participante</b></p>   <p>_____</p> <p><b>Assinatura</b></p> <p>Nome: _____</p> <p>CPF: _____ - _____</p>	<p><b>Pesquisadora Responsável</b></p>  <p><i>Leticia Felipe Milak.</i></p> <p>_____</p> <p><b>Assinatura</b></p> <p>Nome: <b>Leticia Felipe Milak</b></p> <p>CPF: <b>084.544.579-09</b></p>
<p><b>Pesquisadora Responsável</b></p>  <p><i>Maria Eduarda Oliveira Leal</i></p> <p>_____</p> <p><b>Assinatura</b></p> <p>Nome: <b>Maria Eduarda Oliveira Leal</b></p> <p>CPF: <b>051. 214. 560-18</b></p>	<p><b>Pesquisadora Responsável</b></p>  <p><i>Joana Carlos Becker</i></p> <p>_____</p> <p><b>Assinatura</b></p> <p>Nome: <b>Joana Carlos Becker</b></p> <p>CEP: <b>040.803.120-40</b></p>

Criciúma (SC), 02 de outubro de 2023.

TCLE CEP/UNESC – versão 2018 | Página 3 de 3

**ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

UNIVERSIDADE DO EXTREMO  
SUL CATARINENSE - UNESC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** 20 ANOS DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: O QUE MUDOU NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DOS ENFERMEIROS DE UM MUNICÍPIO DO EXTREMO SUL CATARINENSE

**Pesquisador:** LETICIA KLIMA FELIPE

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 75789123.5.0000.0119

**Instituição Proponente:** Universidade do Extremo Sul Catarinense

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.563.450

**Apresentação do Projeto:**

De acordo.

**Objetivo da Pesquisa:**

De acordo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Declarados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

De acordo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE declarado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

**Endereço:** Avenida Universitária, 1.105

**Bairro:** Universitário

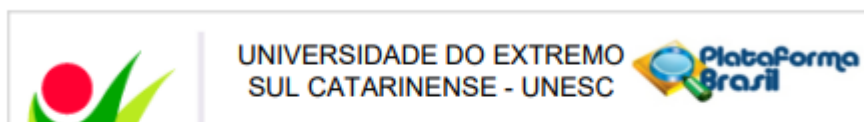
**UF:** SC

**Município:** CRICIUMA

**Telefone:** (48)3431-2606

**CEP:** 88.806-000

**E-mail:** cep@unesc.net



Continuação do Parecer: 6.563.450

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2246845.pdf	13/11/2023 18:44:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetccmj.docx	13/11/2023 18:44:24	LETICIA KLIMA FELIPE	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	13/11/2023 18:43:06	LETICIA KLIMA FELIPE	Aceito
Outros	cartadeaceitejm.pdf	13/11/2023 17:40:28	LETICIA KLIMA FELIPE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEJM.pdf	13/11/2023 17:40:09	LETICIA KLIMA FELIPE	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**


Não

CRICIUMA, 07 de Dezembro de 2023

---

**Assinado por:**  
**Marco Antônio da Silva**  
 (Coordenador(a))

## ANEXO C - CARTA DE ACEITE



**Prefeitura de Criciúma**  
**Poder Executivo**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
*Educação Permanente em Saúde e Humanização - EPSHU-SUS*

**De:** Secretaria Municipal de Saúde/Gerência de EPSHu  
**Requerente:** Joana Carlos Becker  
**Assunto:** Solicitação de Pesquisa na Saúde  
**Processo nº:** 682285

Criciúma, 06 de Novembro de 2023

**CARTA DE ACEITE**

Prezado (a),


Cumprimentando-o (a) cordialmente, vimos por meio deste **DEFERIR** a solicitação para realização da pesquisa intitulada como: **"20 Anos da Política Nacional de Humanização: O que mudou na Atenção Primária à Saúde sob a ótica dos Enfermeiros de um Município do Extremo Sul Catarinense"**, estudo a ser realizado pelas acadêmicas do Curso de Enfermagem, **Joana Carlos Becker e Maria Eduarda Oliveira Leal** sob a responsabilidade da **Profa. Dra. Cristiane Damiani Tomasi** da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC.

Destarte, para aplicação da pesquisa nos ambientes da Secretaria de Saúde de Criciúma, os pesquisadores devem estar de posse da Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e Humanos. Além disso, a data para levantamento dos dados deverá ser combinada antecipadamente, com a Gerência de Educação Permanente em Saúde e Humanização através do e-mail "educacaopermanente.saude@criciuma.sc.gov.br".

Por fim, fica acordado que os pesquisadores, em período oportuno, serão convidados a apresentar o resultado obtido à Secretaria Municipal de Saúde.

Sem mais.


Atenciosamente,



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Gerência Educação Permanente em Saúde e Humanização  
 Avenida Itália, 542 - Bairro Santa Bárbara - CEP 88804-050 Criciúma/SC Fone 3445-8400  
 E-mail: educacaopermanente.saude@criciuma.sc.gov.br

**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Criciúma/SC**

---



Secretaria Municipal de Saúde  
 Gerência Educação Permanente em Saúde e Humanização  
 Rua Doménico Sônego, 542 Bairro Santa Bárbara CEP 88804-050 Criciúma/SC Fone 3445-8400  
 E-mail: educacaopermanente.saude@criciuma.sc.gov.br