

CAPÍTULO 4

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

Data de aceite: 02/05/2023

Solange Barboza Fernandes Thompson

Programa de Pós-graduação em Políticas
Públicas e Desenvolvimento Local da
Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória.

Nathalya das Candeias Pastore Cunha

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

Italla Maria Pinheiro Bezerra

Programa de Pós-graduação em Políticas
Públicas e Desenvolvimento Local da
Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória.

RESUMO: O objetivo do trabalho é descrever como a Política Nacional de Humanização está sendo aplicada na Estratégia Saúde da Família do município de Mimoso do Sul/ Espírito Santo na visão dos enfermeiros. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa com enfermeiros atuantes nas Unidades de Saúde da Família do município de Mimoso do Sul/ Espírito Santo. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas e a organização dos dados seguiu a técnica de análise de conteúdo de Bardin.

Foram realizadas onze entrevistas que foram analisadas por meio da análise de conteúdo no qual emergiram três categorias empíricas: Conceitos de humanização; Humanização e suas relações com o usuário e Humanização no ambiente de trabalho. Evidenciou-se que a Política Nacional de Humanização está sendo aplicada no município do estudo apesar de desafios ainda existirem. Com relação ao conceito de humanização e da política, os profissionais apresentaram conhecimento satisfatório. O fluxo de atendimento organizado, o trabalho multiprofissional, a boa atuação do Agente Comunitário de Saúde, a criação de vínculo, a escuta qualificada dos usuários e as formas alternativas de comunicação se mostraram estratégias eficientes à implementação da Política Nacional de Humanização. A PNH está sendo aplicada na ESF no município do estudo apesar de desafios ainda existirem. Persistem desafios relacionados à capacitação dos trabalhadores, à implementação incompleta da política no serviço de saúde, sendo bonita “no papel” e a falta humanização no acolhimento. Torna-se necessário a adoção de medidas a fim de atuar nos desafios que ainda permanecem a fim de garantir de fato a efetivação da Política Nacional de

Humanização.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização. Profissionais de Saúde. Recepção.

1 | INTRODUÇÃO

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

A humanização nos serviços de saúde deve considerar a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde (SILVA *et al.*, 2022).

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

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

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

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

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

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

Tem-se como objetivo então descrever como a Política Nacional de Humanização está sendo aplicada na visão dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família do município de Mimoso do Sul – Espírito Santo (ES).

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa realizado com enfermeiros de um município no interior do Estado do Espírito Santo. O método qualitativo é utilizado amplamente, evidenciando o estudo das relações, percepções, opiniões e interpretações (MINAYO, 2002).

O município selecionado para o estudo é Mimoso do Sul, localizado no ES, que possui população aproximada de 26.153 habitantes com cobertura de Atenção Básica de 100% (BRASIL, 2022). O trabalho teve como cenário as Unidades Estratégia Saúde da Família do referido município que atualmente conta com um total de 11 unidades de saúde definidas como ESF.

Participaram do estudo enfermeiros que atuam nas Equipes de Saúde da Família nas 11 Unidades de Saúde do município. Foi considerado como critério de inclusão todos os profissionais que aceitaram participar livremente da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critério de exclusão foi considerado todo profissional que no momento da pesquisa não estivesse atuando efetivamente no trabalho.

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

No enfoque qualitativo, a entrevista tem como base dar a liberdade para que os profissionais possam seguir a linha do seu pensamento e de suas experiências dentro da temática abordada. As entrevistas foram aplicadas conforme aviso prévio com

os profissionais atuantes e tiveram uma duração média de 10 a 20 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. As entrevistas foram realizadas após consentimento dos participantes e assinatura do TCLE. As entrevistas foram gravadas e transcritas em sua íntegra.

Foi obtida a anuência da Secretaria Municipal de Saúde do município e após, o presente trabalho respeitou os princípios éticos e legais estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da realização de pesquisas envolvendo seres humanos e nº 510/2016 considerando os quatro referenciais básicos da Bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. Assim, o trabalho foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, sob parecer nº 5.511.131 (CAAE 59989722.8.0000.5065).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

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

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

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

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

“Humanização ao meu ver seria tudo aquilo que nós deveríamos ser, humanos de verdade, e seja lá qualquer à área, seja da saúde, no ambiente social, eu acho que a

humanização teria que existir independentemente de qualquer situação” (P2)

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

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

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

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

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

Sobre a PNH, a maioria dos profissionais afirma ser uma política para promover mudanças na forma de atendimento ao usuário, tratando-o de forma mais humana e acolhendo-o em toda sua integralidade, além de promover a equidade, escutar o paciente, atender de forma ética, prover resolutividade ao serviço e o bem estar físico e mental dos usuários.

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

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

tem” (P11)

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

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

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

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

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

A escuta qualificada se dá também no momento do atendimento do usuário pelo profissional, normalmente encaminhado pelo serviço de triagem, sendo realizada a anamnese e as perguntas relacionadas a Enfermagem: *“Existe um agendamento do horário do paciente, é feito o cronograma de Enfermagem e o cronograma médico, e durante a consulta de Enfermagem, depende do atendimento, seja pré-natal, preventivo, visitas domiciliares, é feita toda a anamnese, todas as perguntas necessárias para o diagnóstico da enfermagem” (P4)*

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

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

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

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

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

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

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

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

“O atendimento, a gente busca estar orientando as necessidades dele, através da necessidade do paciente e esse vínculo é formado, a gente vê a necessidade, se é um

hipertenso estar reagendando, estar acompanhando através das ACS's também, inserindo em grupos né, a gente deu levantamento a alguns grupos agora de Hiperdia e do pré-natal, e pré-natal com parceiros, então assim, esse vínculo se dá conforme o atendimento e as necessidades desse paciente” (P1)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4 | CONCLUSÃO

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

O trabalho multiprofissional, o uso de ferramentas tecnológicas na comunicação

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

Pretendeu-se com o trabalho retratar como está sendo aplicada a PNH em um município, bem como evidenciar a temática entre os profissionais a fim de retratar um cenário e a partir daí contribuir para a adoção de medidas que, cada vez mais, contribuam para a implementação da PNH. Como sugestões foram citadas as necessidades de realização de Educação Permanente em Saúde e capacitações aos trabalhadores do serviço, bem como reorganização do processo de trabalho.

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

REFERÊNCIAS

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4ª. ed. 4ª. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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