



CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMETRO – UNIFAMETRO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BRENA KERCIA ALVES DOS ANJOS
TAYANNE GUERRA HOLANDA

A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ensaio
teórico-reflexivo

FORTALEZA
2023

BRENA KERCIA ALVES DOS ANJOS

TAYANNE GUERRA HOLANDA

A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
ENSAIO TEÓRICO-REFLEXIVO

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Enfermagem do Centro Universitário
Fametro - UNIFAMETRO, comorequisito
parcial para aprovação na Disciplina de
Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientador: Prof. Me. Francisco Ariclene
Oliveira.

Aprovado em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Francisco Ariclene Oliveira (Orientador)
Centro Universitário Fametro (UNIFAMETRO)

Profa. Esp. Iandra Maria Sousa da Silva (1º Membro – Externa)
Centro Universitário Fametro (UNIFAMETRO)

Profa. Esp. Dayanna Cynthia Moura Melo (2º Membro – Externa)
Instituto de Previdência do Município de Fortaleza (IPM)

RESUMO

A palavra humanização tem sido utilizada nas situações em que, além de valorizar o cuidado em suas dimensões técnicas e científicas, reconhecem-se direitos do paciente, respeita-se sua individualidade, dignidade, autonomia e subjetividade, sem se esquecer do reconhecimento do profissional, também, enquanto ser humano, pressupõe uma relação sujeito-sujeito. Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A atenção básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, pois abrange a promoção e a proteção de saúde, é o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. A enfermagem visa excepcionalmente o cuidado, sendo considerada a arte do cuidar, a qual envolve pessoas que têm contato e cuidam de outras. Diante dos pressupostos apresentados, se faz a seguinte indagação: Quais os desafios e potencialidades observados no processo de implementação da política nacional de humanização na assistência de enfermagem na atenção primária à saúde? O presente artigo tem por objetivo refletir sobre o processo de implementação da política nacional de humanização na assistência de enfermagem na atenção primária à saúde. A metodologia ensaio teórico do tipo reflexivo, de natureza exploratória e com abordagem qualitativa, construído com base na leitura crítica de estudos científicos mais atuais. Conclui-se que os desafios e potencialidades observados no processo de implementação da política nacional de humanização na assistência de enfermagem na atenção primária à saúde passam pelo acolhimento do paciente pela adoção de uma postura ética na escuta qualificada dos usuários e de suas queixas, que a construção do acolhimento humanizado pressupõe parceria entre a equipe multiprofissional, a gestão, o usuário e a comunidade.

Palavras Chaves: Humanização. Enfermagem. Primária à Saúde.

ABSTRACT

The word humanization has been used in situations in which, in addition to valuing care in its technical and scientific dimensions, the patient's rights are recognized, their individuality, dignity, autonomy and subjectivity are respected, without forgetting the recognition of the professional, also, as a human being, it presupposes a subject-subject relationship. Launched in 2003, the National Humanization Policy (PNH) seeks to put SUS principles into practice in everyday health services, producing changes in the ways of managing and caring. Primary care is characterized by a set of health actions, as it covers health promotion and protection, and is the preferred contact of users with the health system. Nursing aims exceptionally at care, being considered the art of caring, which involves people who have contact with and care for others. Given the assumptions presented, the following question is asked: What are the challenges and potentialities observed in the process of implementing the national humanization policy in nursing care in primary health care? This article aims to reflect on the process of implementing the national humanization policy in nursing care in primary health care. The methodology is a reflective theoretical essay, exploratory in nature and with a qualitative approach, built on the basis of a critical reading of the most current scientific studies. It is concluded that the challenges and potentialities observed in the process of implementing the national humanization policy in nursing care in primary health care involve welcoming the patient, adopting an ethical stance in qualified listening to users

and their complaints, which the construction Humanized reception presupposes a partnership between the multidisciplinary team, management, the user and the community.

Keywords: Humanization. Nursing. Primary Health.

INTRODUÇÃO

O termo humanização tem sido frequente na área da saúde. Entretanto, não percebemos o apoio do termo em um conceito fundamentado em uma teoria ou filosofia, dificultando a discussão da temática da humanização em nível científico. O fato de o termo humanização ser polissêmico pode prejudicar a comunicação e, inclusive, a expressão da humanização nas práticas assistenciais. Historicamente, a descrição do conjunto de fatores que permitem a humanização ou a desumanização do cuidado em saúde está presente desde meados de 1950. Os primeiros esforços em conceituar estes termos datam da década de 1970 e são contribuições da sociologia médica norte-americana (Almeida, 2014).

A palavra humanização tem sido utilizada nas situações em que, além de valorizar o cuidado em suas dimensões técnicas e científicas, reconhecem-se direitos do paciente, respeita-se sua individualidade, dignidade, autonomia e subjetividade, sem se esquecer do reconhecimento do profissional, também, enquanto ser humano, pressupõe uma relação sujeito-sujeito (Almeida, 2014).

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar (Brasil, 2013).

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH conta com equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação se constroem, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações nos modos de fazer saúde (Brasil, 2013).

Humanização significa humanizar, tornar humano, dar condição humana a alguma ação ou atitude, humanar. Também quer dizer ser benévolo, afável, tratável. É realizar qualquer ato considerando o ser humano como um ser único e complexo,

onde estão inerentes o respeito e a compaixão para com o outro (Ferreira, 2009). Nesse cenário, o enfermeiro ocupa a posição de líder da equipe, sendo o condutor do propósito de cuidar do ser humano (Santos *et al.*, 2022).

Por mais que cuidar de uma pessoa remeta para um cuidado personalizado, na prática essas relações nem sempre se apresentam conjuntamente. Cuidar de uma doença é diferente de cuidar de uma pessoa doente, embora essas duas maneiras sejam praticadas pelos profissionais da saúde (Almeida, 2014).

A atenção básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, pois abrange a promoção e a proteção de saúde, é o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. A enfermagem visa excepcionalmente o cuidado, sendo considerada a arte do cuidar, a qual envolve pessoas que têm contato e cuidam de outras. A humanização está ligada em todo o processo da enfermagem, sendo ela em um primeiro atendimento ou ao fim do mesmo, e para que isso ocorra, os profissionais precisam de uma equipe formada e organizada para um melhor atendimento ao paciente que necessitam de cuidados com ações de promoção em saúde, prevenção, reabilitação, cuidado e recuperação à saúde (Brasil, 2013).

O significado da palavra “demanda”, de acordo com o Dicionário Aurélio (2004), vem do ato de buscar, dirigir-se para. Assim, a demanda espontânea (DE) pode ser entendida como a pessoa que procura por ajuda em caso de necessidade. Diante de um contexto de demanda, surge a proposta do acolhimento, trazida pela Política Nacional de Humanização (Brasil, 2013) como uma alternativa para reorganizar e harmonizar as relações entre a equipe de saúde e o usuário. Desta forma, buscar formas de acolher a demanda, organizar o processo de trabalho e redirecionar o modelo biomédico de saúde fazem parte do cotidiano do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) (Baraldi; soute, 2010).

O acesso demanda espontânea x demanda programada: o acolhimento à DE está ligado ao fornecimento de acesso ao usuário e são muitos os desafios que os profissionais da APS encontram para efetivá-lo (Pires *et al.*, 2016). Como uma maneira de reorganizar o processo de trabalho e ampliar o acesso, surge o acesso avançado, modelo originário dos Estados Unidos que apresenta o lema de “faça hoje o trabalho de hoje”, segundo qual o usuário busca a ESF como porta de entrada por qualquer demanda (seja urgente ou eletiva), sendo acolhido e tendo sua necessidade atendida no mesmo dia ou no máximo em 48 horas (Cirino *et al.*, 2020, Abou-Malham *et al.*, 2017).

O acolhimento surgiu como uma diretriz da Política Nacional de Humanização

(PNH) da Atenção e Gestão do SUS, instituído pelo Ministério da Saúde em 2003. A PNH propõe colocar em prática os princípios do SUS, apostando na sinergia entre os trabalhadores, usuários e gestores, na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. Essas diretrizes incluem: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários (Barbosa *et al.*, 2013; Coutinho; Barbieri; Santos, 2015).

Nesse contexto, o acolhimento é uma ferramenta importante para a efetividade das atividades na unidade e também é uma tecnologia leve, harmonizando o encontro entre profissional de saúde e usuário (Silva *et al.*, 2018). Ademais, este também é realizado através de uma recepção gentil, escuta qualificada e sem julgamentos, orientando qual o caminho a seguir, em busca de solução e/ou alívio da angústia/ dor/sofrimento. É possível priorizar cuidado de acordo com as necessidades, e não com a ordem de chegada (Speroni; Menezes, 2014).

O acolhimento é um dos pilares da Política Nacional de Humanização (PNH), sendo entendido como a necessidade de humanizar o atendimento e a recepção do usuário no sistema de saúde com vistas à promoção de solução dos casos através de uma escuta qualificada e responsável, reconhecendo o usuário como sujeito central na promoção da saúde. Além disso, o acolhimento é uma ferramenta essencial para a organização do processo de trabalho (UFSC, 2015).

Diante dos pressupostos apresentados, emergiu-se a seguinte indagação: Quais os desafios e potencialidades observados no processo de implementação da política nacional de humanização na assistência de enfermagem na atenção primária à saúde?

O interesse pessoal das autoras em estudar esse assunto, é realizar uma reflexão sobre os desafios da humanização na assistência à saúde, com uso da PNH, ao observar que a enfermagem enfrenta muitas dificuldades no dia a dia para exercer essa prática com foco em seu trabalho baseado na Política Nacional Humanização.

Assim, objetivou-se refletir sobre o processo de implementação da política nacional de humanização na assistência de enfermagem na atenção primária à saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de ensaio teórico do tipo reflexivo, de natureza exploratória e com abordagem qualitativa, construído com base na leitura crítica de estudos científicos mais atuais, que referenciam sobre o contexto da implementação da política nacional de humanização na assistência de enfermagem na atenção primária à saúde. Essa construção teórica aproxima-se da abordagem qualitativa, tendo em vista a interpretação e a análise dos elementos teóricos obtidos por meio do levantamento bibliográfico realizado (Minayo, 2006).

Por se tratar de um artigo de reflexão, e não uma revisão de literatura, não se delineou especificamente critérios de exclusão e inclusão para a seleção do material bibliográfico. As referências teóricas, aqui, utilizadas foram indicadas pelas próprias autoras, levando em consideração a abordagem acerca do tema, independente do recorte temporal, por entender que se configuram em textos clássicos ao se tratar desse assunto.

Destaca-se que a elaboração deste artigo seguiu os pressupostos da revisão de literatura, cujo processo consiste em uma forma de sistematizar informações sobre questões específicas em um robusto corpo de conhecimento, com o intuito de avaliar e sumarizar as informações encontradas (Lopes, 2006).

O percurso metodológico incluiu, primeiramente, o levantamento bibliográfico, por meio do qual se realizou uma pesquisa exploratória de documentos em formato eletrônico presentes na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico.

Foram utilizadas, também, outras fontes de informação de literatura cinzenta, como livros, manuais, teses e dissertações, além de documentos oficiais do Ministério da Saúde.

As reflexões estabelecidas neste estudo surgem, portanto, como ponderações das autoras acerca do contexto da Implementação da Política Nacional de Humanização na Assistência de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde como estratégia de sensibilização acerca do tema.

O processo de construção deste trabalho não envolveu seres humanos, por isso não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Nessa pesquisa, no entanto, os autores seguiram as normas da resolução 466/12, sendo respeitada, na sua execução, a propriedade intelectual dos autores, dos artigos que constituíram a amostra, processo que se deu na citação rigorosa dos seus trabalhos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Destaca-se que o material analisado pelas autoras fez emergir duas categorias temáticas, a destacar: 1) Política Nacional de Humanização e os Desafios Enfrentados para Exercer na Atenção Básica; e 2) Processo de Implantação da Política Nacional de Humanização em Hospital Geral Público.

Política Nacional de Humanização e os Desafios Enfrentados para Exercer na Atenção Básica

As conquistas do Sistema Único de Saúde (SUS) nos desafiam a desenvolver propostas de intervenção que favoreçam o seu aperfeiçoamento. Nesse percurso de construção do SUS, foi criado, em 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Em 2003, o Ministério da Saúde desenvolveu uma proposta para expandir a humanização para além dos ambientes hospitalares, estabelecendo a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS, também chamada de Política Nacional de Humanização (PNH) e/ou HumanizaSUS (Brasil, 2008).

Diante dos obstáculos de ordem ética, política, financeira e a organização do sistema de saúde, faz-se necessário o debate sobre a humanização, questionando o modelo tecno assistencial e a qualidade da atenção. Nesse sentido, a PNH visa efetivar-se nas práticas de saúde, juntamente com os princípios do SUS, compondo uma política comprometida com os modos de fazer e operar os processos efetivos de transformações e criações de realidades em saúde (Benevides, 2005).

A PNH está fundamentada em três princípios estruturantes: a transversalidade, indicando a ampliação do grau de comunicação entre os sujeitos e serviços, visando a transformações nos territórios de poder, alterações das fronteiras dos saberes e nas relações de trabalho; a indissociabilidade entre atenção e gestão, afirmando que existe uma relação inseparável entre modos de cuidar e modos de gerir e apropriar-se do trabalho e a afirmação do protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos, compreendidos como sujeitos na produção de serviços, de si próprios e do mundo, desenvolvendo atitudes de corresponsabilidade na produção de saúde. A efetivação desses princípios estruturantes depende de uma atenção básica que seja a porta de entrada do sistema e organizadora da rede dos serviços (Brasil, 2008).

As narrativas dos diferentes profissionais conferem significados próprios ao trabalho que é desenvolvido na ESF. A inserção na AB do SUS e as percepções sobre a atuação e os limites da estratégia se expressam no campo de atuação, no cotidiano do trabalho. Nota-se o tripé da responsabilização, em que o outro sempre tem a responsabilidade. Os usuários colocam a responsabilidade nos gestores; estes colocam a responsabilidade nos profissionais, que, por sua vez, responsabilizam os usuários. O usuário responsabiliza o gestor por má administração, por não atender seu direito constitucional à saúde; o gestor responsabiliza os profissionais pela falta de comprometimento com o trabalho e/ou por um processo de trabalho ineficaz; resta aos profissionais responsabilizar os usuários pela falta da participação popular e por não serem agentes autônomos e modificadores da sua saúde (Valadão; Lins e Carvalho, 2019).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a ESF deve ser capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população (Brasil, 2017).

Nas narrativas, encontra-se o limite de atuação macropolítica da ESF quando os profissionais descrevem o aumento de doenças crônicas na população de maneira geral, a dificuldade de articulação com os outros níveis de atenção, a aquisição de medicações e a formação acadêmica ainda aquém das mudanças curriculares (Valadão; Lins e Carvalho, 2019).

Evidencia-se que a implantação da PNH em instituições de saúde ainda apresenta fragilidades, contribuindo para a continuidade dos problemas que incentivaram a sua criação. Dentre os problemas que interferem na prática da humanização nos serviços de saúde está a compreensão desta política pelos profissionais. Estudo realizado com técnicos em enfermagem de uma unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal mostrou que o conceito humanização está vinculado, principalmente, às boas relações entre os trabalhadores da unidade de cuidado (Rosa; Fontana, 2010).

Acredita-se que a construção de ambientes democráticos de discussão entre os trabalhadores, acolhimento e escuta dos atores do processo de trabalho possam contribuir para que o trabalhador exerça autonomia e protagonismo no cuidado. Pois os relatos demonstram que há necessidade de construção de tal espaço, inclusive para o profissional expressar seus medos e limitações.

Este espaço significa uma expressão de cuidado ao trabalhador e que influencia na sua própria motivação para cuidar de forma humanizada (Rosa;

Fontana, 2010). A ausência de uma escuta humanizada, ativa e qualificada também pode dificultar o diálogo com os(as) usuários(as) nas construções de caminhos possíveis e alternativas, inclusive para além do setor saúde. Assim, deve-se ter em mente que tratamento humanizado não significa excluir nenhuma intervenção em saúde (Nicolau; Farias; Pablo, 2021).

A promoção da saúde, por sua vez, relaciona-se a medidas que utilizam o conhecimento científico (assim como ocorre na prevenção de agravos) para fortalecer a capacidade individual e coletiva de enfrentamento dos múltiplos condicionantes da saúde, considerando a participação e as opções concretas dos envolvidos, suas subjetividades, valores, autonomia e diferenças produzidas no cotidiano (Nicolau; Farias; Pablo, 2021).

A política nacional de humanização encontra desafios na sua implantação, principalmente no que concerne ao acolhimento do paciente, visto que, o acolhimento ao paciente estabelece relações de confiança entre os profissionais de saúde e o usuário, sendo possível estabelecer relações interpessoais de qualidade, contribuindo assim, para a resolução dos problemas advindos. Dentro desse contexto a PNH tem como objetivo alinhar as práticas de saúde aos princípios do SUS, efetivando uma política de humanização na saúde.

Processo de Implantação da Política Nacional de Humanização em Hospital Geral Público

A implantação de uma política é complexa e requer abordagens compatíveis com essa complexidade. É importante que se tenha claro no mínimo três noções: 1) não há mobilização sem implicação, carece-se de engajamento e interesse dos atores que se propõem a implantá-la para promover alterações e mudanças; 2) a política não se efetiva de forma homogênea e linear, seja nos diferentes serviços, seja nas diferentes instâncias de um mesmo equipamento de saúde; portanto, deve-se partir dos saberes e conhecimentos acumulados por quem se ocupa da práxis diária, reconhecendo as especificidades existentes em cada localidade; e 3) novos arranjos dependem amplamente dos trabalhadores para a sua funcionalidade, pois são nas ações cotidianas que se operam seus pressupostos e as mutações da realidade (Pereira; Ferreira Neto, 2015).

Assim, é fundamental envolver os trabalhadores na construção dos planos gerenciais e assistenciais do enfermeiro. Não obstante as barreiras identificadas

verificou-se que a maior parte da equipe de enfermagem concordou que a SAE e o PE podem trazer vários benefícios. Para o paciente, proporciona segurança e assistência individualizada, em relação à profissão, a SAE favorece a autonomia do enfermeiro e, para a instituição, possibilita a organização do trabalho da equipe e ajuda alcançar metas de qualidade. Portanto, os fatores facilitadores identificados pela equipe devem ser valorizados pela gestão da instituição e pela coordenação de enfermagem do município, uma vez que podem auxiliar na implantação da SAE na unidade (Pereira; Ferreira Neto, 2015).

Infere-se que a PNH, como descrita no documento base (Brasil, 2008), intenciona que sua implantação ocorra na perspectiva acima mencionada, porém ela não pode garantir que assim seja posto que a determinação desse processo é dada por aqueles que promovem as ações em saúde, ou seja, os sujeitos que compartilham a vida institucional. Assim, procurou-se compreender como a PNH chega aos trabalhadores, como eles se apropriam de seu ideário e que reações ela provoca neles (Pereira; Ferreira Neto, 2015).

A primeira vertente que diz respeito à mobilização para se implantar a PNH fez-se por uma decisão do grupo gestor do complexo hospitalar, apoiado intensivamente pela consultoria do Ministério da Saúde, visando mudar o modelo de gestão. Tal decisão foi fundamental para incitar 10 novos arranjos organizacionais no estabelecimento de saúde. E as ações concretas desenvolvidas por meio dos dispositivos, princípios e diretrizes do HumanizaSUS conseguiram produzir relevantes alterações na organização dos processos de trabalho, na gestão e no espaço físico, implicando novos manejos administrativos e financeiros (Pereira; Ferreira Neto, 2015).

A segunda vertente relativa à efetivação heterogênea e não linear da implantação da política refere-se à especificidade dela na instituição estudada. Houve apoio intensivo do Ministério da Saúde para tal, e a parceria da instituição com o Ministério da Saúde possibilitou forjar, com base na sua experimentação coletiva, novos arranjos que impactaram na formulação da PNH (Pereira; Ferreira Neto, 2015).

Contudo, sendo a implantação de uma política um processo dinâmico e constante, no hospital em questão não se conseguiu manter a sensibilização, a mobilização e os efeitos iniciais provocados pela implantação da PNH com a mesma vitalidade e efetividade nos tempos atuais.

Essa constatação se relaciona com a terceira vertente, que diz respeito à

necessidade de envolver constantemente quem vai operacionalizar os pressupostos abstratos da política – os trabalhadores –, pois sua funcionalidade dependerá amplamente deles. Nesse sentido, as alterações ocorridas encontraram dificuldades no percurso de implantação da nova organização gerencial e da PNH, e ainda hoje persistem, diferenciadas da fase de implantação, mas não menos contundentes. Foram implantadas no hospital as seguintes diretrizes e dispositivos: Cogestão – Colegiado Gestor e Contrato de Gestão; Clínica Ampliada – Equipe Transdisciplinar de Referência e Apoio Matricial; Acolhimento – Acolhimento com classificação de riscos; Ouvidoria, Posso ajudar? Defesa dos Direitos dos Usuários – Visita Aberta, Direito a Acompanhante; Projeto Terapêutico Singular; Valorização do Trabalho e Trabalhador – Projetos de Ambiência (Araújo; Rates, 2009).

Concorda-se com Reis, Marazina e Gallo quando afirmam que “uma política de humanização efetiva só pode ser compreendida como uma verdadeira intervenção institucional na lógica instalada dentro do sistema de saúde” (Reis, Marazina; Gallo, 2004, p. 42). Nesse tocante, para que uma intervenção na modalidade proposta pela PNH tenha efeito de contágio ela não pode se restringir a ações de grupos isolados, departamentos específicos, equipes bem-intencionadas ou gestores implicados; ela deve incluir planos diretores, planejamentos dos serviços, intervenções das equipes e acolhimento dos usuários (Pereira; Ferreira Neto, 2015).

Implantar uma política de humanização no hospital público, torna-se um desafio, o entrave não se encontra apenas nas questões burocráticas, a precariedade das instalações, a grande demanda, falta de profissionais e área física pequena, são fatores que dificultam a implantação de políticas de humanização. O ambiente físico que não é acolhedor, ao mesmo tempo não dispõe do básico para o atendimento do usuário, como cadeiras ou uma sala de espera adequada interferem na qualidade dos serviços prestados. Assim, todo o processo de implantação de um atendimento humanizado torna-se ineficaz em decorrência da ausência do básico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios e potencialidades observados no processo de implementação da política nacional de humanização na assistência de enfermagem na atenção primária à saúde passam pelo acolhimento do paciente, visto que, acolher o usuário é adotar

uma postura ética na escuta qualificada dos usuários e de suas queixas, percebendo-o em suas singularidades e como autor do processo saúde-doença que está vivendo. Ao acolher o usuário, o profissional torna-se um facilitador de seu acesso aos serviços. A construção do acolhimento humanizado pressupõe parceria entre a equipe multiprofissional, a gestão, o usuário e a comunidade. O HumanizaSUS, como também é conhecida a Política Nacional de Humanização, aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho.

Os desafios encontrados se pautam em estratégias voltadas para uma gestão humanizada, entre profissionais de saúde e usuários, otimizando o atendimento, promovendo a prevenção, compartilhando vivências e saberes.

Por se tratar de uma pesquisa narrativa, não utiliza critérios explicativos e sistemáticos. Identificando também, limitações do idioma, pouco material atualizado, restrição de tempo, tema amplo. De modo que se faz necessário novos estudos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- ABOU-MALHAM, S. et al. What are the factors influencing implementation of advanced access in family medicine units? A cross-case comparison of four early adopters in Quebec. **International journal of family medicine**, v. 2017.
- ALMEIDA, D. V. Humanization of health care: a reflexive theoretical essay based on the philosophy of Emmanuel Lévinas. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 767–775, jul., 2014.
- ARAÚJO, G. F.; RATES, S. M. M. (Org.). **Cogestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens**. 2. ed. rev. e ampl. Ijuí: Editora Unijuí, 2009.
- BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 36, n. 1, 2011.
- BARBOSA, G. C.; *et al.* Política Nacional de Humanização e formação de profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, p. 123-127, 2013.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo?. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 389–394, mar., 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH: acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da

Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília (DF); 2008.

CIRINO, F. M. S. B.; *et al.* O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2111-2111, 2020.

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.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Editora Positivo. Curitiba: 2009.

LOPES, G. T. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos: normas da ABNT – Estilo Vancouver – Bioética**. Rio de Janeiro: UERJ/EPUB; 2006.

MINAYO, M.C.S. Trabalho de campo: teoria, estratégias e técnicas. In: **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2006.

NICOLAU, K.; FARIA, B.; PALOS, C. A atenção básica na perspectiva de gestores públicos do sistema único de saúde: estudo qualitativo. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 4, p. e210085, 2021.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev. saúde pública.**, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, dez., 2013.

PEREIRA, A. B.; FERREIRA NETO, J. L. Processo de implantação da política nacional de humanização em hospital público. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 67–88, jan., 2015.

PIRES, D. E. P.; *et al.* Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Rev Latino-Am Enfermagem**, 2016.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 36-43, 2004.

ROSA, C. M. R.; FONTANA, R. T. A percepção de técnicos em enfermagem de uma unidade de terapia intensiva sobre a humanização no seu trabalho. **Ciênc Cuid Saúde.**, v. 9, n. 4, p. 752-759, 2010.

SANTOS, M. V. F.; *et al.* **Enfermagem em saúde mental: Ciência e arte do cuidar**. Appris Editora, 1ª Ed, cap. I, p.14, 2022.

SILVA, T. F.; *et al.* O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para

produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. **Saúde em Debate**, v. 42, n. SPE4, p. 249-260, 2018.

SPERONI, A. V.; MENEZES, R. A. Os sentidos do Acolhimento: um estudo sobre o acesso à atenção básica em saúde no Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, 2014.

UFSC. **Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde.** Núcleo Teles saúde Santa Catarina. Acolhimento: Saiba mais! Florianópolis: UFSC, Núcleo Teles saúde de Santa Catarina, 2015.

VALADÃO, P. A. S.; LINS, L.; CARVALHO, F. M. Melhor no passado: a verdadeira saúde da família. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 1, p. 193–206, jan. 2019.