

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
MESTRADO M ATENÇÃO À SAÚDE

IZABELLA VIANA ROSÁRIO LUIZ

ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO, SEGUNDO  
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

UBERABA

2023

IZABELLA VIANA ROSÁRIO LUIZ

ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO, SEGUNDO  
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde

Linha de Pesquisa: O trabalho na saúde e na Enfermagem

Eixo temático: Humanização na Saúde

Orientadora: Dra. Bethania Ferreira Goulart

UBERABA

2023

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro**

L979a Luiz, Izabella Viana Rosario  
Assistência à saúde na perspectiva da humanização, segundo  
profissionais da atenção primária / Izabella Viana Rosario Luiz. --  
2023.  
58 f.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade  
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2023  
Orientadora: Profa. Dra. Bethania Ferreira Goulart

1. Saúde pública. 2. Atenção primária à saúde. 3. Humanização  
da assistência. 3. Pessoal de saúde 4. Percepção. I. Goulart, Betha-  
nia Ferreira. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 614.39

IZABELLA VIANA ROSÁRIO LUIZ

ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO, SEGUNDO  
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito para obtenção do título de mestra.

Uberaba, 29 de setembro de 2023.

Banca examinadora

---

Profa. Dra. Bethania Ferreira Goulart (Orientadora)  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Profa. Dra. Bibiane Dias Miranda Parreira  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Dra. Carolina Feliciano Bracarense  
Secretaria Municipal de Saúde

Dedico à Mariah, minha filha. Sua chegada mudou minhas perspectivas e se tornou minha maior alegria. Que você seja inspirada a fazer tudo com amor e da melhor forma principalmente quando suas ações impactarem diretamente na vida de outra pessoa.

À Renan, meu esposo. Seu amor, incentivo e apoio são essenciais em minhas conquistas. Logo, elas se tornam nossas. A compreensão da minha ausência, companhia nos momentos difíceis e de cansaço me possibilitaram chegar aqui.

Aos meus pais e meu irmão, pois sempre foram uma base sólida. O apoio constante e o fato de acreditarem em mim sempre me impulsionaram a fazer novas conquistas. Aos profissionais da Atenção Primária que escolheram atuar perto do usuário, e conhecendo suas necessidades buscam estratégias humanizadas para resolvê-las.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por traçar planos incríveis para minha vida e ser presença constante nos meus dias. Sou grata pelo amor, encorajamento e cuidado sempre providenciando os recursos necessários.

Aos amigos e familiares, pelas orações e palavras de incentivo durante todo o trabalho.

À professora Dra. Bethania Ferreira Goulart, por acreditar desde o início na realização desse projeto. Sua empatia e otimismo possibilitaram uma trajetória mais leve. Os ensinamentos compartilhados e a habilidade em ensinar foram essenciais para a concretização deste trabalho.

Às instituições que eu tenho vínculo profissional e colegas de trabalho que comigo desenvolveram estratégias para que eu conseguisse desenvolver esse trabalho.

Aos profissionais da Atenção Primária, pela atenção e disponibilidade de tempo dedicado à participação das entrevistas.

Às professoras Bibiane Dias Miranda Parreira e Carolina Feliciano Bracarense pelas importantes contribuições no Exame de Qualificação e por escolher fazer parte de uma fase tão importante da minha vida profissional.

Aos professores da Pós Graduação em Atenção à Saúde e aos colegas mestrandos pelo ensino e por compartilhar experiências fundamentais para o meu crescimento profissional.

Às doutorandas Débora e Letícia por tanta disponibilidade e empenho para me auxiliar no desenvolvimento desse projeto.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro por tornar possível a realização dessa importante qualificação profissional.

## RESUMO

LUIZ, I.V.R. **Assistência à saúde na perspectiva da humanização, segundo profissionais da atenção primária.** 2023. 60f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba - Minas Gerais, 2023.

**Introdução:** apesar de ainda prevalecer um modelo de assistência à saúde centrado na queixa do paciente, evidencia-se o aumento de profissionais cuja visão contempla a integralidade do indivíduo. Acredita-se que a formação e a capacitação profissional estão diretamente ligadas ao modelo de assistência a ser prestado por um profissional. A qualidade da assistência à saúde independe do nível de atenção, portanto deve acontecer na perspectiva humanizada. A Atenção Primária à Saúde, é considerada porta de entrada para os serviços de saúde. Objetivando a melhoria desta assistência, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH). Constata-se, na literatura, a preocupação com a satisfação e percepção do usuário quanto ao tipo de assistência recebida e pouco se conhece a respeito da percepção do profissional de saúde. Diante do exposto, indaga-se: o que pensam os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família sobre a assistência humanizada? O que facilita e dificulta a sua realização? **Método:** foi realizado um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa profissionais de 23 Equipes de Saúde da Família de um município de Minas Gerais. Para atingir a saturação dos dados foram sorteados 42 profissionais. Deste total, 21 não responderam a nenhum dos três convites para participar da pesquisa, quatro recusaram, dois estavam de licença saúde, um havia aposentado, um foi excluído por não haver completado um ano de trabalho na ESF e um não foi localizado. Procedeu-se à coleta e atingiu-se a saturação dos dados com 12 entrevistas, das quais, cinco eram médicos, cinco enfermeiros, um dentista e um técnico de enfermagem. A coleta de dados foi realizada a partir das entrevistas com roteiro semiestruturado, submetido à validação aparente e de conteúdo. As entrevistas aconteceram de forma remota, gravadas em áudio e vídeo. Os entrevistados foram reidentificados de modo a preservar sua identidade. As entrevistas foram transcritas na íntegra e o tratamento dos dados fundamentou-se na análise temática. O estudo atendeu aos preceitos éticos desde a aprovação do projeto à assinatura do TCLE. **Resultados:** emergiram

três categorias temáticas: “Significado de assistência humanizada na ótica de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família”; “Recursos humanos, materiais e infraestrutura insuficientes e inadequados dificultam a concretização da assistência humanizada” e “Relações profissionais-usuários fundamentadas no diálogo e no vínculo facilitam a assistência humanizada”. **Conclusões:** a perspectiva dos profissionais de saúde quanto à assistência prestada, sob a ótica da Política Nacional de Humanização, está relacionada ao atendimento integral do usuário, ao acolhimento e ao fato de olhar para o usuário e não para sua queixa. Além disso, existem mais fatores que dificultam a concretização da assistência humanizada do que facilitam. Ressalta-se a necessidade de capacitar os profissionais para um cuidado baseado na PNH. A adequação da demanda e melhoria da infraestrutura são indispensáveis para a viabilização de uma assistência humanizada. Como contribuições levar tais profissionais a refletir sobre o seu relacionamento e posicionamento frente ao usuário. Com isso, entender que com relações horizontalizadas e ações humanizadas poderão demonstrar sua potencialidade na produção do cuidado, na organização do trabalho e impactar, efetivamente, na vida e saúde dos usuários e comunidade.

**Palavras-chave:** humanização da assistência; percepção; pessoal de saúde; atenção primária à saúde.



## ABSTRACT

LUIZ, I.V.R. **Health care from the perspective of humanization, according to primary care professionals.** 2023. 60s. Dissertation (Master's Degree in Health Care) – Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba – Minas Gerais, 2023.

**Introduction:** Although there is still a prevailing model of health care centered on the patient's complaint, there is an increase in the number of professionals whose vision considers the integrality of the individual. It is believed that professional education and training are linked to the model of care to be provided by a professional. The quality of health care is unrelated to the level of care, so it must be provided from a humanized perspective. Primary Health Care is considered the gateway to health services. In order to improve this care, the Ministry of Health launched the National Humanization Policy in 2003. The literature is concerned with user satisfaction and perception of the type of care received, but little is known about the perception of health professionals. So, the following questions arises: what do health professionals in the Family Health Strategy think about humanized care? What eases and hinders its realization? **Method:** This was a descriptive study based on a qualitative approach. Professionals from 23 Family Health Teams in a municipality in Minas Gerais took part in the study. In order to reach data saturation, 42 professionals were randomly selected. From this total, 21 did not respond to any of the three invitations to take part in the research, four refused, two were on leave due to being sick, one had retired, one was excluded because he had not completed one year working in the ESF and one could not be found. Data was collected and saturated with 12 interviews, of which five were doctors, five were nurses, one was a dentist, and one was a nursing technician. Data was collected from interviews using a semi-structured script, which was subjected to clear and content validation. The interviews took place remotely, recorded on audio and video. The interviewees were re-identified in order to preserve their identity. The interviews were transcribed in their integrity and the data was processed using thematic analysis. The study complied with ethical precepts from the time the project was approved to the signing of the informed consent form. **Results:** three thematic categories emerged: "The meaning of humanized care from the perspective of health professionals in the Family Health Strategy"; "Insufficient and inadequate human resources, materials and infrastructure hinder the implementation of humanized care" and "Professional-user

relationships based on dialogue and bonding facilitate humanized care". **Conclusion:** From the point of view of the National Humanization Policy, health professionals' perspectives on the type of care provided is related to comprehensive user care, welcoming and being concerned with the person and not only their complaints. **Conclusions:** In addition, there are more factors that hinder the implementation of humanized care than facilitate it. There is a need to train professionals to provide care based on the PNH. Adapting to demand and improving infrastructure are indispensable for making humanized care possible. As contributions, we need to get these professionals to reflect on their relationship with and positioning towards the user. With this, they will understand that with horizontal relationships and humanized actions they will be able to demonstrate their potential in the production of care, in the organization of work and effectively impact on the life and health of users and the community.

**Key-words:** humanization of assistance; perception; health personnel; primary health care

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ESF	Estratégia Saúde da Família
HUMAS	<i>The Healthcare Professional Humanization Scale</i>
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UMS	UMS Unidades Matriciais de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
1.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	15
1.2	COTIDIANO DO TRABALHO EM SAÚDE .....	19
1.3	MARCO TEÓRICO CONCEITUAL – PNH .....	21
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>25</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>27</b>
3.1	OBJETIVO GERAL.....	27
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	27
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>28</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	28
4.2	LOCAL DO ESTUDO .....	28
4.3	CENÁRIO DO ESTUDO .....	29
4.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	29
4.5	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....	29
4.6	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS.....	31
4.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	31
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>33</b>
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	33
5.2	CATEGORIAS TEMÁTICAS .....	34
5.2.1	<b>Categoria temática 1 – Assistência humanizada transcende o físico, pressupõe complementaridade de saberes e vínculo .....</b>	<b>34</b>
5.2.2	<b>Categoria temática 2 - Recursos humanos, materiais e infraestrutura insuficientes e inadequados dificultam a concretização da assistência humanizada .....</b>	<b>37</b>
5.2.3	<b>Categoria temática 3 - Relações profissionais-usuários centradas no diálogo e no vínculo facilitam a assistência humanizada.....</b>	<b>40</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>43</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>46</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>48</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>52</b>

APÊNDICE A - Roteiro para Entrevista .....	52
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre – Esclarecido (Validadores) .....	54
APÊNDICE B - Ofício para solicitação de coleta de dados .....	57
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre – Esclarecido (Participantes) .....	58

## 1 INTRODUÇÃO

A discussão sobre a forma como estão organizadas as práticas de saúde tem sido intensa, tanto no âmbito político quanto acadêmico, e assumido dois enfoques principais. De um lado, o entendimento do conceito expresso por “modelo assistencial” e dos diversos termos utilizados. De outro, as características do que poderia ser um novo modelo norteado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (FERTONANI *et al.*, 2015).

O modelo assistencial refere-se à forma como são organizadas, em uma determinada sociedade, as atividades de atenção à saúde, envolvendo os aspectos de tecnologia e assistência. Ou seja, é a forma que organiza e articula os recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma comunidade (SILVA JÚNIOR; ALVES; 2007).

Um dos modelos assistenciais, o modelo biomédico, originou-se na ciência moderna e caracterizou-se por explicar os fenômenos da vida com uma visão reducionista sob a influência da epistemologia cartesiana. A saúde era definida a partir do funcionamento do corpo humano e das mudanças anatômicas e biológicas experimentadas durante a doença (BEZERRA; SORPRESO, 2016). Passou a influenciar a formação profissional, a forma de organização dos serviços e a produção de conhecimentos em saúde. O surgimento deste modelo é, frequentemente, associado à publicação do Relatório Flexner, em 1910, nos Estados Unidos da América (FERTONANI *et al.*, 2015).

O principal problema do modelo biomédico não é um mal inerente, e sim, o fato que identifica reações psicológicas dos usuários e os problemas socioeconômicos envolvidos na doença, mas não incorpora essas informações na formulação do diagnóstico e na escolha da terapia (BARROS, 2002). Logo, torna-se desafiador para as instituições de ensino superior a formação pautada nas políticas de saúde. Tendo em vista os projetos de extensão uma colaboração para suprir essas demandas (SILVA; SEI, 2021).

Constata-se que o referido modelo ainda influencia a formação e a atuação profissional. Neste sentido, ressalta-se que as práticas em saúde não se fundamentarem em um ponto de vista voltado para a promoção da saúde pode estar relacionado à formação profissional (BEZERRA; SORPRESO, 2016).

Para as mudanças necessárias, o ensino pode ser considerado como o

principal aliado para se concretizar uma atenção em saúde humanizada. O referido ensino/formação deve se estender aos profissionais atuantes (por meio da educação permanente) e aos ainda não atuantes (através da quebra/desconstrução do padrão de ensino baseado em procedimentos tecnicistas) (ALBUQUERQUE *et al.*, 2020).

Nesta perspectiva, a educação permanente nos locais de assistência à saúde possibilita a reorientação a partir do modelo de atenção, com práticas que garantam o acesso aos usuários, reduzam a fragmentação do cuidado e proporcionem atenção integral à saúde (ARAÚJO *et al.*, 2023).

### 1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

No Brasil, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visam reduzir o risco de doença e de outros danos e proporcionar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal, de 1988, estabeleceu que a assistência à saúde deve ser de forma integral, universal e gratuita. Por isso, o modelo de saúde pública brasileiro é um exemplo e recebe destaque mundial. A assistência à saúde prestada no SUS prevê acompanhamento do cidadão ao longo de toda vida, norteadas pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social (JUSTO *et al.*, 2017).

Ainda que o sistema de saúde esteja aquém das expectativas geradas conforme preconizado na Lei 8080/90, constata-se importantes ações, conquistas e mudanças alcançadas, dentre elas, a acessibilidade aos serviços de saúde que aumentou nas três últimas décadas. Indicadores frequentemente usados revelam que mais pessoas têm procurado e obtido serviços de saúde (VIACAVA *et al.*, 2017).

Com o intuito de melhor organizar os serviços de saúde e atender de forma mais eficaz às necessidades da população, foram criadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS) na década de 1920, no Reino Unido, quando foi elaborado o Relatório Dawson, em meio a um acirrado debate para mudanças. Na lógica das RAS, a discussão sobre a reorganização dos sistemas de saúde tem outros marcos mais modernos trazidos da reunião de Alma-Ata, realizada em 1978 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

A Portaria Nº 2.436 do Ministério da Saúde, aprovou em 2017 a Política

Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica (AB), nas RAS, e a definiu como um conjunto de ações de saúde individual, familiar e coletiva que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e monitoramento da saúde, desenvolvida por meio da prática integrada e gestão competente, realizada por uma equipe multiprofissional. A equipe tem como alvo pessoas de uma área específica, sobre as quais assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

A implantação das RAS é uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder de forma efetiva, eficaz, segura, proporcionando qualidade e equidade às condições de saúde da nossa população (MENDES, 2011).

Fundamental destacar que se não há uma Atenção Primária à Saúde (APS) bem estruturada não se pode pensar em RAS efetivas, eficientes e de qualidade. A literatura internacional evidencia que os benefícios dos cuidados primários nos sistemas de atenção à saúde são: maior acesso aos serviços necessários; melhor qualidade dos cuidados; maior foco na promoção da saúde e na prevenção de doenças; gestão mais precoce dos problemas de saúde; contribuição cumulativa da APS a um cuidado mais adequado; e o papel da APS na redução da utilização da atenção especializada. Evidencia-se então, que há uma relação significativa entre uma APS forte e melhores níveis de saúde (MENDES, 2012).

Oportuno destacar que a assistência à saúde prestada pelos profissionais da APS tem ganhado destaque nas discussões e motivado o aumento de pesquisas na área. Em outubro de 2018, em Astana, realizou-se a Conferência Global sobre APS, com o intuito de reestabelecer o compromisso da APS para maior alcance da cobertura universal de saúde (*universal health coverage* - UHC) e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (VIACAVA *et al.*, 2017).

A saúde é considerada o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante proporção da qualidade de vida. Na APS, destacam-se as ações de promoção da saúde que visam ao empoderamento e autonomia do usuário para o alcance de melhores condições de vida e saúde (BEZERRA; SORPRESO, 2016).

Há uma variação na interpretação da APS que pode ser explicada pela mesma história de como se administrou e evoluiu esse conceito e pela ambiguidade de



algumas de suas definições internacionais, bem como um conceito positivo do processo saúde/doença. Numa primeira interpretação, entende-se a APS como um programa focado em pessoas e regiões pobres; na segunda, como o primeiro nível de atenção do sistema de atenção à saúde; e por último, uma estratégia que organiza todo o sistema de atenção à saúde. Sendo assim, um direito humano fundamental (MENDES, 2012).

Por ser o primeiro nível de atenção para assistência tanto individual quanto coletiva, a APS representa a porta entrada para acesso do usuário ao sistema. Os serviços de saúde devem ser organizados com a função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta efetiva, capaz de enfrentar os problemas de saúde da grande maioria da população e/ou aliviar danos e sofrimentos desta, ou responsabilizar-se pela resposta, mesmo que esta oferta aconteça em outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2013b).

No entanto, o cenário que se observa na APS é complexo. Envolve desigualdades sociais, alto índice de internações por motivos sensíveis a uma APS organizada e resolutiva, agravamento das condições crônicas, profissionais com alta demanda de serviços e/ou atendimentos. Além disso, não há incentivo à formação, reconhecimento e implementação de planos de cargos e salários dos profissionais, bem como escassez dos recursos. Com isso, o papel da APS como ordenadora e coordenadora do cuidado fica desarticulado (ARAÚJO *et al.*, 2023).

Os usuários atendidos na APS estão cada vez mais exigentes quanto ao tipo de atendimento que recebem. A maioria dos estudos realizados no Brasil foca principalmente na satisfação dos usuários sem mencionar os profissionais, importante ferramenta no setor de saúde. Neste sentido, as pesquisas deveriam incluir ambas as partes – os usuários e os profissionais de saúde (VOLPATO; MARTINS, 2017).

As percepções sobre a atuação e os limites da APS se expressam no campo de atuação, no cotidiano do trabalho. Constata-se que a insatisfação com o modelo de assistência é vista no tripé da responsabilização, onde a responsabilidade é sempre de outra pessoa. Os usuários responsabilizam os gestores; estes colocam a responsabilidade nos profissionais, que, por sua vez, responsabilizam os usuários (VALADÃO; LINS; CARVALHO, 2019).

Aperfeiçoar a acessibilidade ao cuidado, no nível de atenção supracitado, é relevante para melhor qualidade de vida dos usuários, contribuindo para minimizar as comorbidades físicas e as complicações das doenças, principalmente as crônicas.

Para atingir este objetivo, é necessário reconhecer as dificuldades dos processos e posteriormente desenvolver políticas públicas que promovam a efetividade e a regularidade dos cuidados de saúde (JUSTO *et al.*, 2017).

Sendo assim, o Ministério da Saúde implantou a Estratégia Saúde da Família (ESF), no intuito de reorientar as práticas de saúde e ampliar a prática curativo-preventiva do modelo biomédico tradicional, atuando de forma territorializada (BEZERRA; SORPRESO, 2016). A ESF conta com uma equipe multiprofissional cuja composição mínima é de um médico generalista ou especialista em Saúde da Família, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários. A esta equipe pode ser acrescentado um dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2011).

A ESF é considerada uma estratégia de ampliação, qualificação e consolidação da APS, pois facilita o realinhamento de processos de trabalho com maior potencial para melhorar soluções e impactar no estado de saúde das pessoas e comunidades, além de possibilitar uma importante relação custo-efetividade. Todas estas ações desenvolvidas em conformidade aos preceitos do SUS (BRASIL, 2017).

Estudos recentes evidenciam a necessidade de se reinventar a ESF para que os sujeitos tenham autonomia e protagonismo, fortalecendo o caráter participativo democratizando as relações de trabalho e valorizando os profissionais de saúde com o intuito de fortalecer a AB e as RAS (REIS-BORGES; NACIMENTO; BORGES, 2018).

A participação da população valorizada na ESF, e sugere que essa participação seja capaz de possibilitar nova relação entre os sujeitos. Este envolvimento torna-se possível através de um processo humanizado e integrado (REIS-BORGES; NACIMENTO; BORGES, 2018).

Objetivando melhorar a qualidade da assistência aos usuários com perspectiva humanizada, o Ministério da Saúde lançou em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2013). A PNH promove atendimento de qualidade, articulando avanços tecnológicos e acolhimento, promovendo melhoria nos ambientes de cuidado e nas condições de trabalho dos profissionais (SANCHES *et al.*, 2016).

As necessidades em saúde são muito dinâmicas, construídas social e historicamente. Neste sentido, ressalta-se que a ESF também não é estática e sofre mudanças relacionadas com a implantação de novas políticas públicas de saúde. Os

conceitos da PNH é um assunto pouco discutido pelas Equipes de Saúde da Família e, provavelmente, pouco utilizados na prática profissional (REIS-BORGES; NACIMENTO; BORGES,2018).

A referida política tem diretrizes que se complementam e estão diretamente ligadas. Sua finalidade é orientar ações necessárias para seu desenvolvimento, tendo como diretriz central o acolhimento, o qual serve como ponto de partida para estabelecer novos vínculos entre profissionais e usuários. Além desta diretriz central, contempla: a gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalhador bem como a defesa dos direitos dos usuários (SILVA, 2019).

Diante do exposto, atualmente, pode se falar em integralidade, humanização e qualidade do cuidado, baseado nos valores e compromisso com a produção de ações do cuidado com indivíduos, coletivos, grupos sociais, meio, coisas e lugares. Porém, fundamental destacar que alguns aspectos da assistência permanecem intactos, e com isso parece estar surgindo um modelo novo de tematização das estratégias voltadas para a atenção e a gestão no SUS (REIS-BORGES; NACIMENTO; BORGES,2018).

## 1.2 COTIDIANO DO TRABALHO EM SAÚDE

É importante que o profissional proporcione aos usuários dos serviços de saúde, a promoção, a restauração e a manutenção de sua saúde. Porém, esses profissionais enfrentam situações ambientais e psicossociais, relacionadas ao seu ambiente laboral, que impactam diretamente na qualidade dos serviços prestados (VOLPATO; MARTINS, 2017).

Evidencia-se um sistema de atenção à saúde, fragmentado, reativo, episódico e focado, principalmente, para o enfrentamento das condições agudas e exacerbações das condições crônicas (MENDES, 2011).

Devido à grande demanda da população por assistência à saúde, poucos recursos e falta de integralidade entre os níveis de complexidade da saúde, o SUS ainda apresenta fragilidades estruturais e na assistência. A ineficácia da humanização da APS é, também, uma realidade que precisa ser tratada por toda a sociedade e Estado como um problema solucionável e de relevância para o funcionamento do SUS no país (RAMOS *et al.*, 2018).

Em uma pesquisa de opinião pública, que o Ministério da Saúde conduziu, constatou que, para os usuários, a maneira como é realizado o atendimento, a capacidade que os profissionais de saúde demonstram para compreender suas demandas e expectativas são fatores considerados como mais importantes do que a escassez de médicos, pouco espaço e ausência de materiais (ALBUQUERQUE *et al.*, 2020).

A ESF valoriza a participação da comunidade, acreditando que seja capaz de promover uma nova relação entre os sujeitos. Este envolvimento só é possível mediante um processo humanizado e integrado (REIS-BORGES; NACIMENTO; BORGES, 2018).

É necessário que profissionais, gestores e usuários estejam munidos da educação em saúde, a fim de que possam se apropriar da ESF como verdadeira porta de entrada para os serviços de saúde (MENDES *et al.*, 2020). Neste sentido, ressaltar a importância do protagonismo de cada um dos envolvidos no processo (LOPES *et al.*, 2019).

Pesquisas atuais apontam que no processo de ensino é necessário que os discentes desenvolvam uma visão holística do paciente, do seu ambiente de trabalho e do seu entorno social. Embora constantes transformações se façam presentes nos currículos dos cursos de graduação, ainda são necessárias intervenções para que a humanização seja efetiva na formação acadêmica e no cotidiano destes profissionais (ALBUQUERQUE *et al.*, 2020).

Para a mudança das práticas profissionais, necessita-se adotar estratégias de integração ensino-serviço para que se possa vencer o desafio do despreparo dos profissionais para atuar na AB (LOPES *et al.*, 2019).

Dentre os desafios enfrentados pelos profissionais, um deles é conseguir, efetivamente, promover a integração de ações entre diferentes profissionais, levando em conta as particularidades de cada um, visto que a combinação de cada uma dessas práticas possibilita o desenvolvimento das habilidades essenciais para o trabalho em conjunto e a colaboração interprofissional. Nas instituições de ensino, professores e estudantes muitas vezes valorizam de forma exagerada o conhecimento específico, que, sem dúvidas, é fundamental para a prática responsável e para a contribuição de cada profissional fará no seu campo de atuação (PEDUZZI, 2016). Entretanto, as ações interprofissionais são de suma importância para um cuidado ampliado, com vistas à integralidade.

Assim, baseado no contexto histórico, entende-se que para atingir melhorias na qualidade da assistência prestada, essencialmente na atenção primária, a humanização torna-se necessária em razão da decorrência da mecanicidade recorrente no atendimento aos usuários (RAMOS *et al.*, 2018). Neste sentido, em termos de políticas públicas, destaca-se, atualmente, a PNH (BRASIL, 2013).

### 1.3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL – PNH

Atualmente, o termo humanização tornou-se presente nos textos relacionados às políticas públicas de saúde, bem como nas publicações da área. No entanto, necessita tornar-se efetivo na prática. Destaca-se que, para muitas pessoas, o conceito continua vago. Reconhece-se a dificuldade em elaborar uma definição única para humanização (SANCHES *et al.*, 2016), pois corre-se o risco de reduzi-la e limitá-la.

A humanização é definida pelo *The Healthcare Professional Humanization Scale* (HUMAS) como um conjunto de competências pessoais que permitem desenvolver a atividade profissional na área da saúde, respeitando e zelando pela dignidade e respeito ao ser humano. Revela-se como uma atividade voltada para a melhoria da saúde física, mental e emocional, dirigida tanto ao usuário quanto ao próprio profissional de saúde, sendo ambos envolvidos na humanização do atendimento (PÉREZ-FUENTES *et al.*, 2019).

Dada a importância e a urgência em criar uma política para concretizar de forma permanente a mudança na assistência viabilizando uma saúde digna, foi lançada, em 2003, no Brasil, a PNH. Além de efetivar os princípios do SUS, esta política pretende ampliar o diálogo entre as pessoas empenhadas no processo de produção de saúde, promover a gestão participativa e estimular práticas resolutivas (SANCHES, 2016).

A PNH conta com equipes regionais de apoiadores vinculados à Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, que colaboram com secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta colaboração são construídos, de forma compartilhada, planos de ação para promover e difundir inovações nos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

O plano ético-moral da PNH traz em seu bojo uma ética que pressupõe o diálogo, a interação entre usuários, profissionais, gestores, cuidadores, pois só assim, haverá uma ética construída a partir da relação junto aos usuários, os quais serão

capazes de se posicionarem criticamente diante das políticas, das leis e do próprio fazer (SILVA; OLIVEIRA; PEREIRA, 2015).

Pertinente destacar que a humanização está diretamente ligada à satisfação dos usuários e pode ser compreendida como uma comparação entre as experiências e as expectativas dos usuários quanto ao desempenho e a qualidade do sistema tanto na continuidade dos atendimentos quanto na integralidade do cuidado (FERREIRA *et al.*, 2022).

A comunicação entre os três atores do SUS, gestores, profissionais e usuários, provoca movimentos disruptivos e inquietos, os quais a PNH considera como “motores” de mudanças e que também devem ser inseridos como recursos para produzir saúde (BRASIL, 2013).

Entretanto, no cotidiano dos serviços de saúde, constata-se fragilidade no relacionamento entre gestores e profissionais e, principalmente, na comunicação entre eles e os usuários. Evidencia-se como os profissionais têm dificuldade de atuar em equipe multiprofissional, assim como em se responsabilizar e acolher o usuário no seu momento de sofrimento e/ou vulnerabilidade.

Envolver os colaboradores na gestão é essencial para que, no dia a dia, eles reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos de mudança na área da saúde. Já a inserção do usuário e sua rede sociofamiliar nos processos de cuidado representa um recurso poderoso para a ampliação da corresponsabilização do próprio cuidado (BRASIL, 2013a).

No cenário da APS, a prática assistencial pode mobilizar as habilidades de escuta e escrita dos profissionais de saúde, principalmente ao considerar sentimentos efetivos como a sobrecarga emocional e relações transferenciais em relação às pessoas, sejam elas usuários ou outros colaboradores (SILVA, 2023).

É necessário um redirecionamento da APS para que o papel de ordenadora do cuidado aconteça de forma integrada, isso a condiciona a ser o centro de comunicação que, por sua vez, requer uma APS mais robusta e forte de acordo com as características já mencionados até aqui. Isto favorecerá uma ESF qualificada e apta para efetivar a coordenação do cuidado nos territórios (ARAUJO *et al.*, 2023).

Do ponto de vista profissional, a humanização da saúde está diretamente relacionada à valorização do trabalho e do trabalhador. Esta valorização tem duas direções centrais: a democratização das relações de trabalho, que alcança resultados significativos com inclusão dos trabalhadores nos processos de gestão; e enfrentar

sérios problemas relacionados às condições concretas de trabalho, incluindo salários inadequados, relações contratuais e/ou formais precárias e injustas de trabalho, a degradação da ambiência e condições de trabalho que tem impacto negativo na forma de produzir saúde daqueles que cuidam (BRASIL, 2013a).

A humanização impacta positivamente não só nos usuários, como também na equipe de saúde, pois proporciona satisfação profissional, interação, atualização de conhecimentos e melhor otimização dos atendimentos. Assim, percebe-se que elementos como a entrada do usuário no sistema, cuidado integral, ambiência, o acolhimento e a empatia são essenciais para o processo de cura e a recuperação, alcançando maior resolutividade das demandas do usuário (FERREIRA *et al.*, 2022).

Neste sentido, destaca-se que uma das diretrizes da PNH é o acolhimento. Ela define acolher como o fato de reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve apoiar o relacionamento entre equipes e serviços - usuários e comunidades. Tem como objetivo construir relacionamentos baseados na confiança, no compromisso e no vínculo entre as equipes e serviços, trabalhadores e usuários com sua rede socioafetiva (BRASIL, 2013a).

Gestão participativa e compartilhada, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, reconhecimento das ações do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários são outras diretrizes que norteiam a PNH. Além disso, possui uma rede denominada HumanizaSUS que é um portal colaborativo para a produção e disseminação de informações da humanização em saúde entre gestores e profissionais, pesquisadores, estudantes e profissionais de diversas áreas. Todas as pessoas com interesses em comum, a saber, ampliar o conhecimento e dar visibilidade ao colocar em roda de conversa em ambiente virtual o tema (BRASIL, 2013a).

A reorientação do modelo assistencial implica claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e dos processos de trabalho das equipes, exigindo que os atores (trabalhadores, gestores e usuários) tenham maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para estabelecer modelos de transformação, práticas de mudanças e o estreitamento dos elos entre projeto e construção do trabalho (BRASIL, 2013b). Por outro lado, alguns profissionais, se confundem no limite entre a integralidade da atenção e a corresponsabilidade do cuidado, assumindo responsabilidade que vai além do prescrito (VALADÃO; LINS; CARVALHO, 2019).

Ressalta-se que profissionais da ESF descrevem que a qualidade de vida no trabalho está relacionada tanto com os aspectos subjetivos do gostar do trabalho e da felicidade de atuar naquele local, como com aspectos das condições de trabalho e dos relacionamentos que surgem durante as atividades laborais (BRACARENSE *et al.*, 2015).



## 2 JUSTIFICATIVA

A assistência prestada na APS ainda acontece de forma fragmentada. Constatou-se que é voltada para a doença, especificamente. E o indivíduo, que apresenta o agravo, não consegue atrair para si a atenção necessária. A comunicação é deficiente e a interação profissional/usuário é frágil, inviabilizando a prática da assistência fundamentada na PNH.

Essa comunicação é proposta pelo acolhimento, sendo o profissional o principal responsável pela criação de vínculos. Possibilitar a esse profissional a descoberta da importância do seu protagonismo na formação do vínculo é criar uma base sólida para a concretização da PNH na APS.

A fragilidade no relacionamento entre profissionais e gestores também é evidenciada. Existe resistência no desenvolvimento de uma gestão mais participativa, que gere como consequência a valorização do profissional.

Apesar de decorridos 20 anos do lançamento da PNH, ainda se constata o quão distante a sua concretização está da prática, ou seja, evidencia-se uma distância entre a proposta teórica e o fazer cotidiano.

Ao realizar levantamento bibliográfico para construir o referencial teórico, constatou-se que as publicações buscavam identificar se ao longo da trajetória da referida política alguma unidade da APS conseguiu avançar de forma que todos os envolvidos se beneficiassem do atendimento humanizado. Chamou atenção que diversos artigos trouxeram à tona a perspectiva do usuário quanto ao tipo de assistência recebida e o nível de satisfação.

Porém, havia lacunas do conhecimento quanto à percepção dos profissionais de saúde, na APS, a respeito da prática da assistência pautada na PNH, bem como os fatores que influenciam o cuidado guiado pela lógica da humanização, o que representou o objeto da presente investigação.

Acredita-se que um aspecto importante desta pesquisa ocorrerá a partir da análise do entendimento de profissionais envolvidos no processo para a concretização da PNH, com vistas à assistência digna, equânime, justa e humanizada. Assim, pretende-se subsidiar a oportunidade de disparar discussões e sensibilização dos profissionais de saúde inseridos no contexto de prática, por meio da devolutiva dos resultados no cotidiano do estudo.

Enfim, contribuir para que tais profissionais reflitam no seu relacionamento e

posicionamento frente ao usuário. Com isso, entender que com relações horizontalizadas e ações humanizadas poderão demonstrar sua potencialidade na produção do cuidado, na organização do trabalho e impactar, efetivamente, na vida e saúde dos usuários e comunidade.

Diante do exposto, indaga-se: o que pensam os profissionais de saúde da ESF sobre assistência humanizada? O que facilita e dificulta a sua realização?

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender a percepção de profissionais de saúde quanto à assistência que realizam na Estratégia Saúde da Família, à luz da Política Nacional de Humanização.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Caracterizar os profissionais da Estratégia Saúde da Família, segundo dados sociodemográficos e profissionais;

Desvelar o significado de assistência humanizada, na ótica de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, considerando-se a Política Nacional de Humanização;

Investigar facilidades e dificuldades para a prática da assistência humanizada na Estratégia Saúde da Família, segundo os profissionais de saúde.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa. O estudo descritivo fornece uma estrutura robusta e sistemática para codificar dados qualitativos e, possibilita usar essa codificação para identificar padrões em todo o conjunto de dados em relação à questão de pesquisa (BRAUN; CLARKE, 2006). A pesquisa qualitativa oferece percepções profundas e atraentes sobre o mundo real, experiências e perspectivas dos usuários e dos profissionais de saúde de formas que são completamente diferentes, mas por vezes também complementar ao conhecimento obtido por meio da pesquisa quantitativa (BRAUN; CLARKE, 2006).

### 4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em um município do Triângulo Mineiro, no qual, à época da coleta de dados, a APS contava com 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS)/Unidades de Saúde da Família (USF), nove Unidades Matriciais de Saúde (UMS), e sete Pontos de Apoio das Equipes Saúde da Família, organizados em três Distritos Sanitários.

As UBS/USF/UMS localizam-se em diversos pontos da cidade. Os usuários recebem atendimentos básicos e públicos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem, Odontologia e Psicologia. Os serviços incluem consultas médicas, consultas de enfermagem, nebulizações, administração de medicamentos, curativos limpos, vacinas, tratamento odontológico, triagem pré-natal e neonatal, fornecimento de medicação básica para o tratamento de hipertensão arterial e diabetes e coleta de exames.

O município em foco tinha 53 equipes de ESF, à época da coleta de dados, distribuídas em 28 UBS/USF. Além disso, o sistema de saúde possuía seis unidades que contavam com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A população rural possuía unidades de apoio em sua localidade.

Destaca-se o Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) que funciona como núcleo de apoio à APS mediante convênio entre a Prefeitura Municipal do referido município e uma Universidade Federal.

Outro serviço que se pode destacar no município é o Consultório na Rua, que realiza suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e nas instalações das UBS do território onde está atuando.

O município também possui o Programa Melhor em Casa que foi implantado em 2012, sendo um de seus eixos centrais a desospitalização, proporcionando agilidade no processo de alta hospitalar, ofertando cuidados em domicílio aos usuários elegíveis e permitindo o uso dos leitos hospitalares para os casos mais complexos (UBERABA, 2017).

#### 4.3 CENÁRIO DE ESTUDO

Fizeram parte do estudo 23 equipes da ESF da zona urbana e da zona rural, do município em foco, na investigação.

#### 4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo profissionais de saúde das equipes de ESF: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e dentistas.

Os critérios de inclusão, foram: profissionais de saúde que atuavam há, pelo menos, um ano, na referida equipe de ESF. Esse tempo é considerado suficiente para que os profissionais tenham atingido um período de adaptação e familiarização com o processo de trabalho no local.

Como critérios de exclusão: profissionais afastados do trabalho à época da coleta de dados e os não localizados após três tentativas para agendamento da entrevista.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

O gerente da USF foi contatado por telefone para prospecção e contato dos participantes da pesquisa. Neste contato inicial foram explicados os objetivos do estudo e a importância da participação. Desta forma, foi identificado o número total de profissionais.

Para atingir os objetivos do estudo, os quais buscavam analisar a percepção

de profissionais de saúde quanto à assistência que realizam na ESF, à luz da PNH, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, guiadas por um roteiro (APÊNDICE A).

A entrevista é uma fonte rica de evidências, criando valor autêntico, com análise e interpretação completas, fornecendo resultados de pesquisas confiáveis. Um aspecto relevante relacionado a esse método é o nível de interação e profundidade com o entrevistado. Esse diálogo permite compreender a intersubjetividade do entrevistado, permitindo ao pesquisador descrever a realidade social pesquisada (SILVA; RUSSO, 2019). Este tipo de entrevista possui um roteiro previamente elaborado, mas possibilita o surgimento de perguntas durante a interação entre os interlocutores (GLESNE, 2015).

O roteiro supracitado foi submetido à validação aparente e de conteúdo por três doutores na temática e/ou em metodologia da pesquisa, os quais assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Após a validação, foram realizados os ajustes sugeridos pelos validadores.

A pergunta “Você conhece a Política Nacional de Humanização? Fale me um pouco sobre a assistência realizada nesta ESF”. Foi reformulada para: “Você conhece a Política Nacional de Humanização? Se você respondeu SIM na pergunta anterior, então fale-me um pouco sobre a assistência realizada na ESF que você trabalha, considerando a Política Nacional de Humanização”. Foi acrescentada a pergunta “Como você percebe o atendimento na sua ESF na dimensão da humanização”?

Posteriormente, foi desenvolvido pré-teste para testar em condições reais os procedimentos de coleta de dados, com três participantes que não fizeram parte do estudo definitivo.

Ressalta-se que foi utilizado o critério de saturação para coleta de dados. No critério de saturação de dados a coleta sofre interrupção da captação de novos participantes quando se constata o esgotamento de novos tipos de enunciados (FONTANELLA *et al.*, 2011).

A partir do acesso à lista de profissionais que integram todas as equipes de ESF, dos três Distritos Sanitários, realizou-se um sorteio dos participantes por categoria profissional. Após o sorteio, seguiu-se a ordem de entrevistas segundo as categorias: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e dentistas. Foi entrevistado um profissional (sorteado) de cada uma destas categorias, conforme ordem supracitada, até que se alcançou o critério de saturação de dados.

Para dar início ao processo de coleta de dados foi enviado, a cada indivíduo a

ser entrevistado, a cópia de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (CEP) de uma Universidade Federal e o TCLE por meio do link <https://forms.gle/SSfyU5MtPn6A7vuWA>. Após o preenchimento do TCLE o link para entrevista foi encaminhado.

A entrevista foi aplicada de forma on-line por duas entrevistadoras/pesquisadoras, as quais foram previamente capacitadas pela orientadora. A entrevista foi realizada por meio do link de videochamada: <https://meet.google.com/xea-aoxv-oph> e gravada em meio digital, em dia e horário previamente marcados, em comum acordo entre os participantes e as referidas entrevistadoras/pesquisadoras, sendo preservada a privacidade dos participantes. As entrevistas tiveram duração média de dez minutos. O período de coleta de dados foi entre maio e agosto de 2023.

#### 4.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS

As entrevistas foram transcritas para um computador, na íntegra, pelas próprias entrevistadoras/pesquisadoras. O tratamento dos dados fundamentou-se na análise temática, a qual se baseia em buscar os núcleos de sentido para responder os objetivos da pesquisa.

Foram seguidas as etapas previstas na análise temática: pré-análise, que consistiu na leitura exaustiva do material pela pesquisadora, para familiarizar-se com o mesmo e estabelecer as unidades de contexto. Em seguida, a exploração do material, na qual buscou-se encontrar as categorias e fazer o agrupamento das unidades de contextos. Por último, o tratamento dos resultados e interpretação, etapa que guiou a interpretação do material, construindo diálogo entre os achados e a produção teórica (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016).

#### 4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Em atendimento à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi encaminhado um ofício (APÊNDICE C) para o Secretário Municipal de Saúde do município, especificando os objetivos e finalidades da pesquisa bem como, a solicitação da autorização para a sua realização. Após autorização, a pesquisa foi submetida à aprovação do CEP de uma Universidade Federal por meio da Plataforma

Brasil sob o nº do parecer 5.833.905.

Os participantes foram contatados em suas Unidades de lotação durante o horário de trabalho por telefone para convite, apresentação dos objetivos, do TCLE (APÊNDICE D) e de informações pertinentes. Os participantes receberam o link para realização da entrevista após a assinatura do referido Termo, em dia e horário previamente definidos.

Ressalta-se que foi garantido o anonimato e preservado qualquer dado que pudesse identificar o participante. Desta forma, os entrevistados foram identificados por meio da letra E seguida de um numeral conforme a ordem de realização das entrevistas.



## 5 RESULTADOS

As informações obtidas com o estudo são apresentadas, a seguir, por meio da caracterização dos profissionais participantes e da apresentação das categorias temáticas referentes à percepção dos profissionais da assistência humanizada no âmbito da atenção primária.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Do total de 42 profissionais integrantes da ESF, sorteados para entrevista, 12 aceitaram participar. Participaram do estudo cinco médicos, cinco enfermeiros, um dentista e um técnico de enfermagem. Quanto aos outros profissionais, 21 não responderam a nenhuma das três tentativas de convite para participar da pesquisa, quatro se recusaram, dois estavam de licença saúde, um havia aposentado, um foi excluído por não haver completado um ano de trabalho na ESF e um não foi localizado. No entanto, ao atingir o critério de saturação com 12 profissionais não foram realizados mais sorteios.

Dos 12 participantes, nove eram do sexo feminino e três do sexo masculino. Seis apresentaram idade entre 30 e 40 anos, quatro estavam entre 40 e 50 anos. E, apenas dois tinham mais de 50 anos. No aspecto conjugal dez participantes eram casados ou viviam em união estável, um era solteiro e um outro divorciado.

Quanto à escolaridade, todos os participantes possuíam curso superior. Com relação ao tempo de formação, seis participantes tinham entre 11 e 15 anos de formados, quatro participantes tinham menos de dez anos, e dois mais de 30 anos. Dez tinham pós-graduação *lato sensu*, dois pós-graduação *stricto sensu*. Interessante mencionar que todos os participantes tinham Pós-graduação em Saúde da Família.

O tempo de atuação na ESF variou entre um e sete anos. No entanto, um profissional atuava desde o início da implantação da ESF no município. Entre os participantes apenas dois possuíam outro vínculo empregatício.

Durante a entrevista, os participantes responderam às perguntas do roteiro, porém, com liberdade para acrescentar informações que achassem relevantes quanto a sua prática cotidiana.

Assim, falaram sobre o significado da assistência humanizada com exemplos do cotidiano de trabalho. Além disso, expressaram sua percepção das facilidades e

dificuldades encontradas no processo da assistência.

## 5.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS

Após a análise das entrevistas, emergiram três categorias temáticas. Tais categorias foram construídas considerando-se afinidade de conteúdo. Elas são apresentadas a seguir.

### **5.2.1 Categoria temática 1 – Assistência humanizada transcende o físico, pressupõe complementaridade de saberes e vínculo**

Esta categoria temática revela que, para os participantes, a assistência humanizada pressupõe uma perspectiva que transcende o aspecto puramente físico, palpável, biológico. Deve considerar a dimensão social, o contexto de vida em seus múltiplos aspectos e facetas que envolvem a vida e a saúde do usuário, conforme ilustram os depoimentos a seguir:

“... tem um olhar também voltado pro social, um olhar mais amplo, não olhar só o corpo ou a queixa pontual, mas conseguir ver o todo (...)”. (E3)

“...[assistência humanizada] é a gente poder abordar a pessoa não naquela necessidade biológica (...) mas, também levando em conta a pessoa no ambiente que ela está inserida, na sua família, na sua profissão, seu trabalho...a situação em termos sociais, financeiros...não só a parte biológica, mas a parte psicológica, social, filosófica, às vezes também...a questão religiosa da pessoa... e fazer de uma forma em que principalmente a comunicação seja feita de uma forma não agressiva...trazer a pessoa pra perto (...)”. (E5)

“...[assistência humanizada] é você atender seu paciente como um todo, não somente a saúde em si, é o paciente, o ambiente familiar, o local onde ele mora...um paciente e todo seu entorno

(...)”. (E6)

“Bom, eu acredito que seja é...prestar um atendimento é considerando...o paciente como um todo (...) A condição dele ...até (...) cultural, é socioeconômico que a gente precisa ter uma forma de falar mais adequada, de acordo com o grau de instrução até do paciente e levar em consideração o sofrimento, é a situação pela qual ele está passando”. (E10)

“Pra mim é colocar (...) o indivíduo (...) o paciente, a quem procura o atendimento em primeiro lugar é destacando (...) as suas necessidades, as suas é particularidades, ouvindo mais do que é impondo as ações do cuidado propriamente dito. Então à medida que eu ouço mais ele é e consigo identificar as suas demandas, as suas necessidades, fragilidades é eu acredito que eu estou sendo mais humano do que mecanicista no sentido de verificar os seus sinais e sintomas e assim prescrevê-lo”. (E11)

Esta categoria também evidencia que, para os participantes, a assistência humanizada revela-se como uma visão holística do usuário, considerando-se a sua integralidade. Para isso, importante que haja uma intersecção entre os distintos saberes profissionais com vistas ao alcance dessa assistência integral. Isso pode ser ilustrado por meio dos depoimentos:

“... [refere-se à assistência humanizada] envolve a integralidade do indivíduo (...)”. (E1)

“...é você trabalhar com o link do que é a história do paciente dentro da enfermagem, dentro da medicina, dentro da psicologia (...)”. (E1)

“... [refere-se à assistência humanizada] uma visão holística (...)”. (E1)

Os participantes trouxeram à tona que a assistência humanizada significa enxergar o usuário para além da queixa que o conduz ao serviço de saúde, devendo ser acolhido na perspectiva ampliada, conforme ilustram os relatos que seguem:

“(...) é um atendimento que a gente olha o usuário como um todo...não só a queixa”. (E3)

“[para prestar uma assistência humanizada] eu acho que a gente tem que atender um paciente olhando ele como um todo (...) na assistência...às vezes o paciente chega, cê vê só a queixa do paciente, mas atender ele como um todo...ter um atendimento de qualidade e investigar assim, ver se tem outras causas, um atender primordialmente com a educação (...) a gente tem que investigar”. (E7)

“[assistência humanizada] é você avaliar a pessoa não só com aquela doença aguda que ela tá no momento. É fazer um bom acolhimento dessa pessoa do usuário ... é buscar ter um pouco de cautela na forma de (...) falar (...) de preferência multiprofissional”. (E8)

Constatou-se também que a assistência humanizada deve ser coerente e convergente com as necessidades vivenciadas pelo usuário, pressupondo inclusive, a empatia nas relações entre eles e os profissionais de saúde. Os depoimentos a seguir exemplificam:

“...atendimento humanizado é muito completo... você tem que ver a necessidade do paciente de acordo com a realidade dele ... tem que ajudar eles da melhor forma. Imaginar como que você estivesse numa situação dele (...)”. (E2)

“Eu acho que é um atendimento que a gente consegue acolher o paciente (...) De fato. E a gente tem empatia pelo que o paciente está passando. A gente consegue se colocar no lugar

do outro e tratar ele de uma forma mais adequada, mais acolhedora”. (E3)

“(…) nós achamos que nós poderíamos ser a pessoa doente (...). Que tá ali necessitando de auxílio, então tratar com clareza de informação, que são pessoas simples, lembrar da condição dela. Então, a gente não pode considerar que ela tem condição de comprar um medicamento ou qualquer coisa do tipo”. (E5)

“(…) é assim, tratar o paciente de uma forma que a gente gostaria de ser tratado”. (E10)

A categoria também revelou que a assistência humanizada é um elemento que contribui para a constituição de vínculo usuário-profissional, sendo de suma importância para o sucesso do tratamento:

“ [refere-se à assistência humanizada] é um meio que facilita o acesso à comunicação médico/paciente...facilita o tratamento dele. É como estabelecer um vínculo (...) Ajudam no tratamento, na identificação da doença, no acompanhamento, no apoio à família (...)”. (E4)

### **5.2.2 Categoria temática 2 - Recursos humanos, materiais e infraestrutura insuficientes e inadequados dificultam a concretização da assistência humanizada**

A categoria temática evidenciou que a quantidade insuficiente de profissionais representa um dificultador para a assistência humanizada, e gera sobrecarga para a equipe. Os depoimentos a seguir revelam que existe um quantitativo inadequado de profissionais. Os profissionais desempenham suas diversas funções, mas a assistência humanizada fica comprometida:

“É a correria, a sobrecarga de trabalho. É a gente exercer várias funções numa só, (...) Acaba tentando fazer de tudo o tempo

todo e aí a gente acaba apagando fogo e às vezes não consegue centrar no paciente”. (E3)

“(...) aí tira o funcionário, não acrescenta o funcionário (...) pra cumprir as campanhas (...) tem Papanicolau, Previne Brasil, aí ele tem muita meta pra cumprir. Tem meta de Papanicolau, de vacinação (...) de crianças (...) Cartão de vacina de crianças, tem até um trabalho na escola agora. Aí o que acontece? Desvia todos os profissionais pra poder cumprir essa meta...quando o paciente chega aqui na unidade ninguém tem tempo de ouvir o que ele precisa (...)”. (E4)

“(...) o fluxo é grande de consulta, a Estratégia é muito grande precisava de um médico a mais. É muita gente pra ser atendido (...)”. (E4)

“(...) o número disponível de profissionais [número insuficiente de profissionais dificulta assistência humanizada], acredito que dava pra ter mais profissionais pra que a gente tenha mais tempo e possa fornecer um atendimento mais completo”. (E5)

Os entrevistados evidenciaram que a falta de estrutura física e a urgência dos usuários em conseguir atendimentos e resolver suas demandas, dificultam a realização da assistência humanizada. A estrutura física inadequada impossibilita a privacidade dos atendimentos, comprometendo a qualidade e a perspectiva humanizada:

“(...) eu não tenho sala adequada, eu não tenho identificação”. (E3)

“(...) falta de recurso humano, material, espaço, é, por exemplo, minha unidade ela é numa casa, ela não é uma unidade...uma sala é dividida (...) pra fazer dois atendimentos simultâneos. Eu ouço tudo de um lado a pessoa que está atendendo do outro

lado ouve tudo (...) isso é muito frustrante porque você vê que as pessoas estão buscando fazer o seu melhor aqui querendo fazer um atendimento humanizado, mas, infelizmente, principalmente, por infraestrutura não consegue”. (E8)

“Pra mim, aqui na unidade há falta de, por exemplo, sala (...) falta de recurso, de insumos. Por exemplo, o paciente veio e me procurou precisa fazer curativo e eu não tenho material pra dispensar. Eu atendo, eu acolho, mas infelizmente eu não tenho condições de usar o recurso que preciso”. (E9)

Para os participantes, a alta demanda de serviço foi revelada como um dificultador para a realização da assistência humanizada, gera sobrecarga de trabalho e o profissional não consegue realizar a assistência conforme o planejado para a ESF. Sentem-se pressionados a bater metas e atingir um determinado quantitativo de atendimentos.

“(...) a gente tropeça muito [para prestar uma assistência humanizada]. A gente está com uma sobrecarga de trabalho. Desloca muitos funcionários pra outras áreas. ” “[facilitaria o atendimento humanizado] a diminuição da agenda, da correria, nós tamo com a função desviada (...) Porque essa função nossa aqui é tratamento preventivo todo dia tem que atender urgência.” (E4)

“(...) acredito que a questão da alta demanda... [dificulta prestar uma assistência humanizada]”. (E5)

“(...) a demanda é muito grande e a cobrança também. Então, aquela questão de atender quantidade isso atrapalha. Só que a gente tem uma cobrança e essa questão de quantidade atrapalha muito, então a gente nem sempre consegue fazer tudo que a gente tem vontade, né...e atuar como médico de família em si”. (E6)

“A alta demanda [de usuários]. Uma vez que a gente tem tantos usuários, tanto os usuários que procura uma unidade que não fazem parte da Estratégia, não fazem parte da é região (...). Das três USF que a gente que a gente tem lá, isso dificulta um posto de vacinação também, então vai gente da cidade inteira e com isso tem é uma demanda muito alta (...) da parte (...) de secretariado pra ajustar documentação, pra olhar cadastro, registro, paciente que perde documentação e elas tem que correr. Nisso já dificulta. Nisso já tem uma certa limitação de dar um primeiro cuidado desde a recepção e quando algum caso sai do eixo desde a recepção quando a gente já vai fazer as próximas etapas do acolhimento, do direcionamento, do agendamento, isso já tá prejudicado (...)”. (E11)

Outro achado que emergiu diz respeito às demandas consideradas urgentes para os usuários. Muitas vezes, dificultam que o profissional realize a assistência com um enfoque ampliado e acabam reduzindo/limitando o atendimento ao que o paciente deseja, naquele momento, segundo o entrevistado:

“...a urgência dele é tão grande de conseguir um remédio que aí você esquece todo o outro lado...Aí você não tem uma abertura de sentar, conversar, acolher mesmo porque a urgência dele é tão grande de conseguir um remédio que, às vezes, você foca naquele problema ali... se você for tentar invadir um pouquinho, tentar conversar assim, pra ele já não serve. Então, assim eu acho que dificulta mesmo a nossa parte”. (E7)

### **5.2.3 Categoria temática 3 - Relações profissionais-usuários centradas no diálogo e no vínculo facilitam a assistência humanizada**

Para os entrevistados, a realização da assistência humanizada é facilitada quando existe o diálogo, o acolhimento e as relações construídas entre profissionais-usuários pautadas na proximidade e no vínculo. Inclusive, a inserção do profissional



na comunidade, a realização de visitas domiciliares e os contatos frequentes profissional-usuário-família, promovem tal aproximação. Isto favorece um olhar e uma percepção ampliados sobre o indivíduo, o que contribui para que o atendimento ocorra na perspectiva da humanização, conforme ilustram os depoimentos a seguir:

“Eu acho que facilita muito a empatia porque a maioria dos usuários eles vão sempre lá a gente já conhece ele, já conhece a história de vida deles (...) e a gente tenta dar o melhor do porque a gente conhece ele sabe que os filho não ajuda, que ninguém ajuda aí a gente se disponibiliza”. (E2)

“(...) o que mais facilita é o fato (...) do nosso trabalho estar inserido ali na comunidade então, eu conheço a pessoa, os parentes, eu sei onde ela mora, a gente é, às vezes, faz visita domiciliar. Então, diferente de um ambulatório de especialidade que, às vezes, você só vai ver a pessoa daqui três meses, ali a gente tem um contato próximo e inclusive com a presença dos agentes comunitários que são membros da comunidade a gente consegue se houver uma falha, corrigir e (...) reforçar (...) o contato. Então principalmente a inserção na comunidade”. (E5)

“...eu sou um pouco acolhedora assim no sentido de você acolher o paciente, tentar é conversar, assim, ter mais proximidade com ele. Eu acho que isso facilita meu lado profissional (...) hoje, por exemplo, ela já tem uns três dias que está vindo frequentemente na Unidade procurando atendimento com o caso de sintomas gripais...o médico nem viu só passou a receita...aí ela voltou sem melhoras. Cê tenta entender a história um pouco e assim depois que você passa ouvir a ouvir o paciente, sentar pra ouvir, eu acho que isso facilita. Aí depois que eu fui entender o quê que realmente tava acontecendo com ela. É tanto que depois ela voltou e agradeceu. Mas, eu acho que é só esse sentar e conversar e ter um olhar diferenciado (...) e, às vezes, isso não acontece porque vai ficando muito

mecanizado”. (E7)

“(…) é mais a gente, eu acho que a equipe eu acho que nós temos muito isso em nós de buscar ser humanizado com o paciente (…)”. (E8)

“(…) o vínculo eu acho que ajuda bastante. Como a gente o vínculo a gente já conhece muito bem o paciente...eles têm uma abertura muito grande com a gente e a gente tem uma abertura com eles (...) o jeito dela falar ela pode perceber que ela num tá bem, que ela tá um pouco deprimida”. (E10)

“O que facilita a gente tentar manter esse cuidado, é a presteza de todos os funcionários. Então, uma vez que frente à diversidade os funcionários que lá estão (...) Tem a boa vontade, tem a questão (...) De ter esse lado humano por si só já tentam reverter (...)”. (E11)

## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo verificou que a maioria dos participantes eram do sexo feminino, maior frequência de profissionais da enfermagem e predomínio da faixa etária entre 32 e 44, este achado está em consonância com uma pesquisa a qual constatou ser a idade frequente entre os profissionais da saúde desse nível de atenção (STURMER *et al.*, 2020).

Evidenciou-se que, embora os participantes estivessem atualizados em sua área de atuação, alguns encontraram dificuldades em expressar com clareza a sua perspectiva da assistência humanizada, bem como correlacionar a PNH com a prática cotidiana. Isto revela-se coerente com estudo que aponta a necessidade de se adotar estratégias de integração ensino-serviço, para que se possa vencer o desafio do despreparo dos profissionais para atuar na APS (LOPES *et al.*, 2019).

O tempo longo de atuação na ESF, da maior parte dos participantes, chamou atenção pois diverge dos dados encontrados na literatura, a qual destaca que o alto índice de rotatividade dos profissionais de saúde representa um dos fatores críticos para o sucesso da ESF. A rotatividade destes profissionais implica na perda do vínculo, podendo comprometer a longitudinalidade do cuidado e assistência humanizada (TONELLI *et al.*, 2018).

Os discursos revelaram diversas concepções sobre o significado de assistência humanizada. Constatou-se que um dos significados, para os participantes, refere-se à consideração da dimensão do adoecimento extrapolando o aspecto físico. Tais achados convergem com a literatura ao evidenciar que as demandas subjetivas devem ser valorizadas, como sentimentos, trabalho, aspectos sociais e religiosos. Desta forma, os profissionais devem ser capazes de mensurar os processos simbólicos e as práticas discursivas dos atores que desempenham um papel decisivo no processo de cuidado em saúde (REIS-BORGES; NASCIMENTO; BORGES; 2018).

Outra dimensão que emergiu como sendo significado para a assistência humanizada contempla a necessidade de uma visão holística sobre o usuário, envolvendo a integralidade do cuidado. Tal percepção dos entrevistados revela-se coerente com os autores que destacam que o modelo contemporâneo tem como foco principal o usuário em toda sua complexidade. A ESF preza pela visão holística no trabalho coletivo e, assim a PNH torna-se uma ferramenta de estruturação do trabalho no setor de saúde pública (REIS-BORGES; NASCIMENTO; BORGES; 2018). Envolve

um atendimento voltado para a integralidade do usuário.

O termo empatia apareceu em várias falas dos participantes sugerindo que uma assistência humanizada vai ao encontro da necessidade dos usuários. Repetidas falas apontaram a necessidade de se colocar no lugar do usuário para, em seguida, buscar a melhor forma de resolver uma demanda. Tal atitude está alinhada ao significado encontrado para o termo empatia, que propõe captar o mundo privado de outra pessoa como se fosse o seu, mas nunca esquecendo esse caráter de "como se" (ROGERS, 1992).

Ainda nessa perspectiva, interessante destacar que na PNH, quando se fala sobre as diretrizes de acolhimento e valorização dos profissionais de saúde, a empatia ajuda a tomar decisões que atendem à comunidade, sem ignorar as necessidades individuais. A empatia deve, portanto, nortear a gestão para que as decisões possam ajudar na construção da autonomia dos profissionais de saúde e usuários nos cuidados com a saúde (SOUZA; HOKAMA; HOKAMA; 2020).

Para alguns participantes a assistência humanizada significa um elemento importante para a criação de vínculo entre profissionais e usuários, considerando-se o acolhimento como uma ferramenta potente para o cuidado humanizado. Este resultado vai ao encontro da literatura, a qual destaca que o trabalho na ESF é composto por relações complexas, devido à necessidade de se criar vínculo (BRACARENSE *et al.*, 2015).

No entanto, estudos mostram que há diversas concepções para acolhimento, uma delas fundamenta-se em ouvir o usuário e suas queixas, recepcionar de forma adequada, escuta da queixa para direcionamento de demanda e do profissional (GUSMÃO *et al.*, 2021). Conceitos estes que isolados não configuram a diretriz da PNH.

No presente estudo, o acolhimento, bem realizado, foi caracterizado pela forma como a equipe de saúde escuta o usuário, conceituando nesta perspectiva a assistência humanizada. Esta visão vai ao encontro da recomendação da PNH a qual preconiza que o acolhimento implica responsabilidade do trabalhador pelo usuário, desde sua chegada até a sua saída. Terapeuticamente, ouvir a sua queixa, levar em conta as suas inquietações e preocupações, demonstrar escuta qualificada garante uma atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação da rede de atenção com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2013a).

Entretanto, outro estudo aponta que o conceito de acolhimento não é tão superficial e que a maioria dos profissionais têm pouco ou nenhum conhecimento das diretrizes da PNH e da definição correta de acolhimento. Como a PNH amplia o conceito de acolhimento, ela não se restringe a uma recepção baseada na cordialidade e identificação de reclamações (GUSMÃO *et al.*, 2021).

Na presente investigação, a sobrecarga de trabalho e a alta demanda de atendimento foram reveladas como dificultadores para a realização da assistência humanizada. Os participantes apontaram que a quantidade de profissionais é insuficiente para o número de atendimentos/atividades. Isto converge com a literatura que evidencia que a prestação de serviços de saúde na APS e, particularmente, na ESF é altamente dependente de processos organizacionais e das práticas profissionais. Além das questões relacionadas à melhoria da estrutura dos serviços, a expertise nos processos de organização do cuidado e gestão da equipe de saúde é essencial para melhorar a efetividade da ESF (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018)

Outro dificultador, revelado pelos participantes, para a concretização da assistência humanizada refere-se à falta de estrutura física. Tal achado tem sustentação na literatura a qual afirma que isto repercute de forma negativa, pois leva à desmotivação e limitação do profissional. A ambiência humaniza o serviço e faz com que as ações desenvolvidas pelos profissionais tenham maior êxito (COSTA *et al.*, 2020). O achado também se distancia da PNH que aponta a valorização da ambiência como uma de suas diretrizes cujo objetivo é beneficiar tanto as ações dos profissionais quanto o atendimento aos usuários (BRASIL, 2013a).

Constatou-se que prestar uma assistência humanizada quando as ações são desenvolvidas no local onde o usuário está inserido é mais fácil para se construir vínculo terapêutico. Tal achado é convergente com a literatura que destaca que os profissionais da ESF estabelecem relações próximas com as pessoas da comunidade, além de conviverem regularmente com a falta de ordem social e familiar (BRACARENSE *et al.*, 2015).

Por fim, evidenciou-se que foram relatados tantos obstáculos no cotidiano da atenção primária que os participantes talvez tenham apresentado dificuldade em apontar fatores que facilitariam a realização de uma assistência humanizada neste cenário.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu analisar a percepção de profissionais de saúde quanto à assistência humanizada, à luz da PNH, seu significado, bem como seus fatores facilitadores e dificultadores.

Constatou-se que assistência humanizada significa transcender o aspecto biológico. Contempla um olhar mais amplo sobre o usuário considerando sua família e ambiente familiar, profissão, religião e até fatores financeiros. Ainda nesta perspectiva, o cuidado humanizado deve oferecer, ao usuário, atenção nas particularidades e um olhar voltado para o que pode ser a raiz do seu sofrimento.

Assistência humanizada significa considerar e, efetivamente, implementar um cuidado pautado na integralidade, sendo necessário que o profissional utilize o seu saber e lance mão da complementaridade de outros saberes para responder adequadamente às necessidades do usuário, de maneira integral.

Outro significado que emergiu foi que a assistência humanizada acontece quando o usuário é visto além de sua queixa. Desta forma, o profissional busca captar as informações transmitidas de forma superficial ou até mesmo informações não ditas, mas observadas pela linguagem não verbal.

A assistência humanizada deve ir ao encontro das necessidades do usuário, sendo fundamental que os profissionais se posicionem diante do outro com empatia e construam relações dialógicas junto aos usuários. Destaca-se também que a referida assistência representa uma potente ferramenta para a constituição de vínculo terapêutico.

Quanto às dificuldades para a realização da assistência humanizada no cenário da ESF, evidenciou-se que a quantidade de profissionais insuficiente é uma dificuldade, gera sobrecarga para a equipe e a assistência, na perspectiva humanizada, fica comprometida.

Outro fator que dificulta a concretização da assistência humanizada fundamenta-se na questão de que além das atividades que são de responsabilidade do profissional e relacionadas à rotina, são impostas diversas campanhas e metas de atendimento que os sobrecarregam e comprometem a qualidade da assistência. O fluxo de consultas e atividades na ESF é grande.

Constatou-se que a falta de estrutura física e de recursos materiais nas unidades de APS impede que diretrizes da PNH, como o acolhimento, aconteçam. A

estrutura existente, muitas vezes, não possibilita e nem garante privacidade e o local não é apropriado. Além, disso a limitação de recursos materiais impede o atendimento satisfatório.

Por último, indicaram que os usuários chegam à UBS com tanta urgência pelo atendimento, que isso na maioria das vezes dificulta a realização de um atendimento de forma humanizada.

Quanto aos aspectos que facilitam a realização da assistência humanizada, na ESF, constatou-se que relações dialógicas e fundamentadas no acolhimento, entre profissionais-usuários contribuem para que a referida assistência aconteça. Desta forma, desenvolve-se um vínculo terapêutico que é um facilitador. Oportuno ressaltar a importância dos profissionais estarem inseridos na comunidade.

Diante disso, analisar a percepção da assistência humanizada na perspectiva dos profissionais da ESF pode contribuir com importantes subsídios para a compreensão do contexto em discussão na ótica de quem a vivencia, fornecendo elementos que contribuam para o desenvolvimento de uma assistência voltada para a humanização, valorizando sua complexidade.

Espera-se contribuir para reflexão sobre a assistência desenvolvida na ESF, na perspectiva da PNH, além de divulgar os resultados na tentativa de sensibilizar gestores e profissionais para a relevância da temática em foco.

Como limitações do estudo, constatou-se um grande número de recusas para participar da pesquisa. Embora, diferentes tentativas tenham sido realizadas para explicar a importância da participação a não resposta foi um problema para a pesquisa e impactou no tempo de levantamento de dados. Mas a não participação também é um resultado.

A presente pesquisa não tem a pretensão de generalizar resultados e considera-se que os achados demonstraram a análise do objeto investigado de maneira consistente, evidenciando a necessidade de que os profissionais conheçam, profundamente, a PNH para que a assistência prestada seja humanizada.

Ademais, sugere-se que os profissionais se apropriem das diretrizes e princípios da PNH para que a prática seja pautada em ações humanizadas de forma a beneficiar tanto o profissional quanto o usuário.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, E. S. *et al.* A Política Nacional de Humanização e a formação dos profissionais de saúde. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 10, n. 59, p. 4172–4183, 2020.

ARAÚJO, Á. C. de. *et al.* Processo de trabalho para coordenação do cuidado na Estratégia de Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v. 27, p. e20220330, 2023.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67–84, 2002.

BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. **Journal of Human Growth and Development**, v. 26, n. 1, p. 11-16, 2016.

BRACARENSE, C. F. *et al.* Quality of life at work: speech of professionals of the Family Health Strategy. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 542-548, 2015.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 93 de 08 de setembro de 2016. Brasília, DF: Senado Federal, Secretaria Especial de Informática, [2016]. Disponível em: [https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988\\_08.09.2016/CON1988.pdf](https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_08.09.2016/CON1988.pdf). Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folhetto.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetto.pdf). Acesso em: 12 mar. 2023.

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). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília-DF, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 30 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília-DF, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011\\_comp.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011_comp.html). Acesso em: 30 jan. 2023.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno HumanizaSUS**: volume 3, Atenção Hospitalar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_humanizasus\\_atencao\\_hospitalar.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf). Acesso em: 30 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, n.28, v.1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf). Acesso em: 30 jan. 2023.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

COSTA, E. *et al.* Desafio do processo de trabalho na Estratégia Saúde da família. **Revista CEFAC**, v. 22, n. 2, p. 1-34, 2020.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 208–223, 2018.

FERREIRA, E. R. *et al.* The humanized assistance in primary health care. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 1, p. 1680-1693, 2022.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, 2015.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.

GLESNE, C. **Becoming qualitative researchers**: An introduction. London: Pearson, 2015.

GUSMÃO, R. O. M. *et al.* Welcoming in primary health care in the perception of the multidisciplinary team. **Cuidado é Fundamental**, v. 13, p. 1590–1595, 2021.

JUSTO, C. M. *et al.* Acessibilidade em unidade básica de saúde: a visão de usuários e profissionais. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 7, n. 1, p. 16-23, 2017.

LOPES, M. T. S. R. *et al.* Continuing education and humanization in the transformation of primary health care practices. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. e-1161, 2019.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília (DF): Organização Panamericana da Saúde, 2012.

MENDES, T. F. *et al.* Papel da estratégia saúde da família no atendimento às urgências e emergências. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, v. 31, n. 2, p. 117-121, 2020.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília (DF): Organização Panamericana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Editora Vozes, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. A Atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília, DF: OPAS; OMS, 2011. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_coordenada\\_APS\\_construindo\\_redes\\_atencao\\_sus\\_2ed.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_coordenada_APS_construindo_redes_atencao_sus_2ed.pdf). Acesso em: 30 jan. 2023.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016.

PÉREZ-FUENTES, M. del C. *et al.* The Development and Validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for Nursing. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 20, p. 3999, 2019.

RAMOS, E. A. *et al.* Humanization on Primary Health Care. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 28, supl 5, p. e-S280522, 2018.

REIS-BORGES, G. C.; NASCIMENTO, E. N.; BORGES, D. M. Impacto da Política Nacional de Humanização na Estratégia Saúde da Família e na Rede de Saúde. **Distúrbios da Comunicação**, v. 30, n. 1, p. 194-200, 2018.

ROGERS, C. R. **Terapia centrada no cliente.** São Paulo (SP): Martins Fontes, 1992.

SANCHES, R. de C. N. *et al.* Perceptions of health professionals about humanization in intensive care unit adult. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 48-54, 2016.

SOUZA, L.; HOKAMA, P.; HOKAMA, N. A empatia como instrumento para a humanização na saúde: concepções para a prática profissional. **Revista de Educação da Universidade Federal do Vale do São Francisco**, v. 10, n. 21, p. 148–167, 2020.

SILVA JUNIOR, A. G. da.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. *In*: MOROSINI, M. V. G. C. (org.) **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro, RJ: EPSJV/Fiocruz, 2007. 240p.

SILVA, A. C. de D. M.; SEI, M. B. A Humanização na Formação Acadêmica em

Saúde: Perspectiva de Egressos de um Projeto de Extensão. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 13, n. 3, p. 3-18, 2021.

SILVA, A. F. da. *et al.* Entre ouvidos e palavras: um ensaio sobre medicina narrativa, redes sociais e humanização na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 27, p. e220467, 2023.

SILVA, L. F. da.; RUSSO, R. de F. S. M. Aplicação de entrevistas em pesquisa qualitativa. **Revista de Gestão e Projetos**, v. 10, n. 1, p. 1-6, 2019.

SILVA, R. M. C. R. A.; OLIVEIRA, D. C. de.; PEREIRA, E. R. The discursive production of professionals about humanizing health: singularity, rights and ethics. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 936–944, 2015.

SILVA, R. T. **Fatores associados ao não conhecimento da política nacional de humanização–PNH**. Orinetadora: Darlene Mara dos Santos. 2019. 59 f. Dissertação (Mestrado profissional em Administração Pública) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2019.

STURMER, G. *et al.* Perfil dos profissionais da atenção primária à saúde, vinculados ao curso de especialização em saúde da família una-sus no Rio Grande do Sul. **Revista Conhecimento Online**, v. 1, n. 12, p. 4-26, 2020.

TONELLI, B. Q. *et al.* Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 23, n. 2, p. 180-185, 2018.

UBERABA. Prefeitura Municipal de Uberaba. **Plano Municipal de Saúde: 2018-2021**. Uberaba, MG, 2017. Disponível em: <http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/2017/Plano%20Municipal%20de%20Saude%202018-2021%20aprovado%20pelo%20CMS.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

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

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751–1762, 2018.  
VOLPATO, L. F.; MARTINS, L. C. Qualidade nos serviços de saúde: percepção dos usuários e profissionais. **Revista Espacio**, v.38, n. 42, p. 10-21, 2017.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Roteiro para Entrevista

1. Data de nascimento: \_\_\_\_\_
  2. Sexo: ( ) feminino ( ) masculino
  3. Situação conjugal:
    - ( ) solteiro(a)
    - ( ) casado (a)/ mora com companheiro (a)/ união estável
  4. Formação: \_\_\_\_\_
  5. Ano de Formação: \_\_\_\_\_
  6. Formação complementar? ( ) sim ( ) não
- Qual:
- ( ) graduação
  - ( ) especialização ( ) pós-graduação ( ) mestrado
  - ( ) doutorado
6. Há quanto tempo trabalha nesta ESF? \_\_\_\_\_
  7. Possui outro vínculo empregatício? ( ) sim ( ) não

#### Questões Norteadoras:

1. O que significa, para você, assistência/atendimento humanizado?
2. Você conhece a Política Nacional de Humanização?
  - ( ) Sim
  - ( ) Não

Se você respondeu **SIM** na pergunta anterior, então fale-me um pouco sobre a assistência realizada na ESF que você trabalha, considerando a Política Nacional de Humanização.

3. Como você percebe o atendimento na sua ESF na dimensão da humanização?
4. O que dificulta para você realizar o atendimento humanizado? Pode me contar

um exemplo?

5. O que facilita para você realizar o atendimento humanizado? Pode me contar um exemplo?

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre – Esclarecido (Validadores)

### **TERMO DE ESCLARECIMENTO**

**TÍTULO DA PESQUISA:** “Assistência à saúde na perspectiva da humanização, segundo profissionais da atenção primária”

Convidamos você a participar da pesquisa: “Assistência à saúde na perspectiva da humanização, segundo profissionais da atenção primária”. O objetivo desta pesquisa: Analisar a percepção de profissionais de saúde quanto à assistência que realizam na Estratégia Saúde da Família, à luz da Política Nacional de Humanização. Sua participação é muito importante. Caso aceite participar desta pesquisa, será necessário validar voluntariamente o questionário de coleta de dados da pesquisa, mas serão garantidos, aos entrevistados, privacidade e sigilo. Neste estudo não será feito nenhum procedimento que lhe traga desconforto ou risco a sua vida. Não há risco físico, o risco possível refere-se à perda da confidencialidade, para minimizar os riscos serão tomadas as seguintes providências: As entrevistas serão identificadas por número e letra, garantindo-se o sigilo e anonimato dos sujeitos deste estudo. Espera-se que de sua participação na pesquisa tenha-se a possibilidade de acessar os resultados do estudo e que isso possibilite uma reflexão acerca de um melhor entendimento da prática. Você poderá obter quaisquer informações relacionadas à sua participação nesta pesquisa, no momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido. Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores, ou prejuízo quanto ao vínculo com a universidade, bastando você dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador(es):

Nome: Profa. Dra. Bethania Ferreira Goulart E-mail: [bethaniagoulart@yahoo.com.br](mailto:bethaniagoulart@yahoo.com.br)

Telefone: (34) 3700-6484 / 99631-0106

Endereço: Praça Manoel Terra, nº 330 – Bairro Abadia – CEP 38015-045 –  
Uberaba/MG

Nome: Izabella Viana Rosário Luiz E-mail: [izabellavrl@gmail.com](mailto:izabellavrl@gmail.com) Telefone: (34)  
99286-4279

Endereço: Praça Manoel Terra, nº 330 – Bairro Abadia – CEP 38015-045 –  
Uberaba/MG

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6776, ou no endereço Rua Madre Maria José, 122, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 11:30 e das 13:00 às 17:30. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses de seres humanos participantes de pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento de pesquisa dentro de padrões éticos.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

TÍTULO DA PESQUISA: “Assistência à saúde na perspectiva da humanização, segundo profissionais da atenção primária”

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o relacionamento com a universidade. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, “Assistência à saúde na perspectiva da humanização, segundo profissionais da atenção primária”, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba, ...../ ...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Prof. Dra Bethania Ferreira Goulart  
Luiz

\_\_\_\_\_  
Izabella Viana Rosário

Telefone de contato dos pesquisadores: Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas com a Profa. Dra. Bethania Ferreira Goulart (34) 3700- 6484 / 99631-0106 ou e-mail: bethaniagoulart@yahoo.com.br ou Izabella Viana Rosário Luiz no telefone (34) 99286-4279 ou e-mail: izabellavrl@gmail.com



**APÊNDICE C – Ofício para solicitação de coleta de dados**

Ofício no. /2022/DEESC/CGE/UFTM

Uberaba, 2022.

Ilmo. Sr. Sétimo Boscolo Neto  
Secretário Municipal de Saúde Uberaba – Minas Gerais

Assunto: autorização para coleta de dados de pesquisa

Como docente do Programa de Pós- Graduação *Stricto sensu* - da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), vimos solicitar a V.Sa., autorização prévia para desenvolvermos uma pesquisa junto às Equipes de Saúde da Família, da zona urbana e rural. Assim como descrito abaixo: O estudo será desenvolvido pela pesquisadora Izabella Viana Rosário Luiz (aluna do curso de Mestrado em Atenção à Saúde), durante o período de doze meses.

- a. Nome da instituição de ensino: Universidade Federal do Triângulo Mineiro;
- b. Nome do curso: Curso de Pós – Graduação *Stricto sensu*, nível Mestrado;
- c. Título do projeto: Assistência na Atenção Primária à Saúde, no contexto da Política Nacional de Humanização
- d. Local de realização: Equipes de Estratégia Saúde da Família, da zona rural e urbana, no município Uberaba-MG;
- e. Objetivo geral: Analisar a percepção de profissionais de saúde quanto à assistência que realizam na Estratégia Saúde da Família, à luz da Política Nacional de Humanização;
- f. Justificativa: O presente estudo justifica-se tendo em vista que são os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) que possibilitarão a análise da assistência no processo da concretização da PNH, com vistas à assistência digna, equânime, justa e humanizada. Assim, pretende-se subsidiar a oportunidade de disparar discussões e sensibilização dos profissionais de saúde inseridos no contexto de prática.
- g. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Será realizado junto aos profissionais da ESF na zona urbana e da equipe multiprofissional da ESF na zona rural. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (CEP)/UFTM, com coleta de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para validadores e participantes.

Segue cópia do projeto de pesquisa e folha de rosto do CEP/UFTM. Esperamos contar com sua colaboração e apoio, manifestando sua autorização prévia para o desenvolvimento da pesquisa.

Certas de contarmos com sua atenção colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

---

Profa. Dra. Bethania Ferreira Goulart Orientadora  
(34) 3700-6484 / 99631-0106  
bethaniagoulart@yahoo.com.br

**APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre – Esclarecido (Participantes)****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos você a participar da pesquisa: Assistência à saúde na perspectiva da humanização, segundo profissionais da atenção primária. O objetivo é analisar a percepção de profissionais de saúde quanto à assistência que realizam na Estratégia Saúde da Família, à luz da Política Nacional de Humanização. Sua participação é importante, pois contribuirá com as discussões acerca dos fatores que tem influenciado o processo de humanização na ESF.

Caso você aceite participar desta pesquisa será necessário se submeter a uma entrevista gravada para responder um pequeno questionário. A entrevista acontecerá de forma on-line através de videochamada, com tempo estimado entre 30 a 40 minutos, na data que julgar adequada.

Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação nesta pesquisa, no momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo. Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores, bastando você dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Pesquisador(es):

Nome: Profa. Dra. Bethania Ferreira Goulart E-mail: bethaniagoulart@yahoo.com.br

Telefone: (34) 3700-6461 / 99631-0106

Endereço: Praça Manoel Terra, nº 330 – Bairro Abadia – CEP 38015-045– Uberaba – MG

Nome: Izabella Viana Rosário Luiz E-mail: izabellavrl@gmail.com

Acadêmica do Curso de Pós-Graduação em Atenção à Saúde - UFTM Telefone: (34) 99286-4279

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6776, ou no endereço Rua Madre Maria José, 122, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 11:30 e das 13:00 às 17:30. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses de seres humanos participantes de pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento de pesquisa dentro de padrões éticos.

## CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o desenvolvimento dos meus serviços na unidade de saúde. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, NO CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba, ...../ ...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Prof. Dra Bethania Ferreira Goulart  
Luiz

\_\_\_\_\_  
Izabella Viana Rosário

Telefone de contato dos pesquisadores: Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas com a Profa. Dra. Bethania Ferreira Goulart (34) 3700- 6484 / 99631-0106 ou e-mail: bethaniagoulart@yahoo.com.br ou Izabella Viana Rosário Luiz no telefone (34) 99286-4279 ou e-mail: izabellavrl@gmail.com