




## A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E O CUIDADO EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA POLÍTICA PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

The national humanization policy and health care: policy contributions to primary health care in the state of Rio de Janeiro

La política nacional de humanización y atención de salud: contribuciones de política a la atención primaria de salud en el estado de río de janeiro

**Isadora Abreu Rodrigues**   
<https://orcid.org/0000-0003-4592-7849>  
Instituto Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

**Ana Maria Quintela Maia**   
<https://orcid.org/0000-0002-7501-0567>  
Instituto Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

**Naila Pereira Souza**   
<https://orcid.org/0000-0001-6307-5235>  
Instituto Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Rodrigues, I.A., Maia, A.M.Q. & Souza, N. P. (2022). A política nacional de humanização e o cuidado em saúde: contribuições da política para a atenção primária à saúde no estado do Rio de Janeiro. Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. 6(1), 751-770. DOI: 10.47222/2526-3544.rbto41130.

### Resumo

**Introdução:** Este estudo visa o reconhecimento do cuidado em saúde conferido pela humanização proposta na Política Nacional de Humanização (PNH), no que concerne ao contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) no Rio de Janeiro, destacando, assim, suas principais contribuições enquanto política. **Método:** Dispondo-se de uma abordagem qualitativa, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, em literatura nacional, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e do Repositório Institucional da Fiocruz (ARCA), onde se elegeram 20 documentos para análise de conteúdo, esta proposta por Bardin. **Discussão:** Em razão dos diversos impasses vividos ao longo dos anos, o Estado do Rio de Janeiro apresenta um cenário um tanto quanto precário no que tange à humanização e o cuidado em saúde na APS. Nesse sentido, a PNH se apresenta como um ótimo aporte para o avanço do cuidado na APS, visando novas práticas de atenção e gestão, a partir da aplicabilidade da humanização em si. **Considerações finais:** Em linhas gerais, a discussão da humanização nos serviços de saúde pública, em especial na APS, torna-se indispensável no cenário nacional e, em particular, no Estado do Rio de Janeiro.

**Palavras-chave:** Humanização da Assistência. Atenção Primária à Saúde. Política de Saúde.

### Abstract

**Introduction:** This study seeks to recognize the health care provided by the humanization proposed in the National Humanization Policy (PNH) with regard to the context of Primary Health Care in Rio de Janeiro, thus highlighting its main contributions as a policy. **Method:** Using a qualitative approach, a bibliographic research was carried out, in national literature, through the Virtual Health Library (BVS) and the Institutional Repository of Fiocruz (ARCA), where 20 documents were chosen for content analysis, as proposed by Bardin. **Discussion:** Due to the various impasses experienced over the years, the state of Rio de Janeiro presents a somewhat precarious scenario in terms of humanization and health care. Hence, the PNH presents itself as a great contribution to the advancement of SUS, aspiring for new practices of care and management with the applicability of humanization. **Final considerations:** In general, the discussion of humanization in public health services, especially in Primary Care, becomes indispensable in the national scenario and, in particular, in the state of Rio de Janeiro.

**Keywords:** Humanization of Assistance. Primary Health Care. Healthy Policy.

### Resumen

**Introducción:** Este estudio tiene como objetivo reconocer la atención de salud que brinda la humanización propuesta en la Política Nacional de Humanización (PNH) en el contexto de la Atención Primaria de Salud en Río de Janeiro, destacando así sus principales aportes como política. **Método:** Con un enfoque cualitativo, se realizó una búsqueda bibliográfica, en la literatura nacional, a través de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y el Repositorio Institucional de Fiocruz (ARCA), donde se eligieron 20 documentos para el análisis de contenido, esta propuesta por Bardin. **Discusión:** Debido a los diversos impasses vividos a lo largo de los años, el estado de Río de Janeiro presenta un escenario algo precario en términos de humanización y atención de la salud. En este sentido, la PNH se presenta como un gran aporte al avance del SUS, abordando nuevas prácticas de atención y gestión basadas en la aplicabilidad de la propia humanización. **Consideraciones Finales:** En general, la discusión de la humanización en los servicios de salud pública, especialmente en Atención Primaria, se vuelve indispensable en el escenario nacional y, en particular, en el estado de Río de Janeiro.

**Palabras clave:** Humanización de la Atención. Atención Primaria de Salud. Política de Salud.

## 1. Introdução

Refletindo acerca das adversidades encontradas no sistema público de saúde, independentemente de sua ordem de origem – seja ela financeira, política, de gestão ou até mesmo de princípios morais –, pontua-se a indispensabilidade do emprego da humanização em tal conjuntura (Nora & Junges, 2013). É a humanização, fundamentada pela PNH, que irá viabilizar um modelo de assistência à saúde e qualidade de atenção e gestão ideal para os serviços de saúde pública, em especial, na atenção primária.

Instituída no ano de 2003 pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH) vai de encontro aos princípios fundamentais do SUS – universalidade, equidade e integralidade –, e, também, aos princípios referentes a sua operacionalização – regionalização, hierarquização da rede, participação social. – (Reis-Borges, Nascimento & Borges, 2018); transfigurando as práticas de atenção e gestão, aprimorando a qualidade no cuidado em saúde e apostando na inclusão de usuários, trabalhadores e gestores em processos decisórios e pertinentes ao cuidado em saúde prestado no serviço público.

A humanização em saúde, uma ideia pautada tanto no avanço em questões estruturais e éticas quanto em relacionamentos interpessoais – trabalhadores, usuários e gestores – satisfatórios no âmbito da rede; não se relaciona apenas à formulação de novas propostas de atenção e gestão nas unidades de saúde, mas também na compreensão e absorção de sua essência para, acima de tudo, uma maior qualidade do cuidado em saúde (Júnior, Fortunato, Pessoa, Pereira, Nascimento & Alchieri, 2015).

E é justamente no enfoque principal do SUS que devemos nos apoiar para a discussão de um cuidado mais humanizado em saúde, tanto por sua caracterização de demanda quanto por seu destaque perante a qualidade da atenção ofertada.

Diante dos inúmeros entraves que a saúde pública e, conseqüentemente, o Sistema Único de Saúde (SUS) vêm enfrentando ao longo dos anos no que se refere ao cuidado em saúde, em específico a Atenção Primária à Saúde (APS), trazer à tona uma discussão acerca do que a Política Nacional de Humanização (PNH) discorre em tal cenário põe em vista uma reflexão e crítica humanitária, que vão em direção a um contexto de saúde que expresse a integralidade, humanização e qualidade da atenção prestada nos serviços de atenção básica de saúde (Reis-Borges et al., 2018). Nessa perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS) é compreendida como porta de entrada preferencial dos usuários no SUS. A APS tem se mostrado abrangente e integral, colocando-se como a melhor estratégia para coordenação dos sistemas de saúde e o modo mais eficiente de enfrentamento dos problemas de saúde, da fragmentação das ações e do próprio sistema (Pinto & Giovanella, 2018).

Em linhas gerais, é de conhecimento público o baixo investimento em saúde de nosso País. No que se refere aos recursos globais de saúde, o Brasil proveu apenas 48% - índice de disponibilização de recursos destinados à saúde - no ano de 2017, enquanto países que também apresentam o acesso universal à saúde de forma majoritária, como o Reino Unido e a Suécia, dispuseram de uma notável quantia quando

comparada a de nosso País (94,2% e 84%, respectivamente); equiparando-se, então, com um país que é amparado singularmente pelo sistema privado, os Estados Unidos, com 47% (Melo, Mendonça & Teixeira, 2019). Levando em consideração, então, que o Rio de Janeiro possui relevância no cenário nacional, priorizou-se a escolha do mesmo no presente estudo, uma vez que, em concordância com os estudos de Melo et al. (2019) e Paiva, Pires-Alves, Freitas, Rafael, Costa, Souza e Edmundo (2019), apresenta uma grande visibilidade em comparação a outros e conta com uma enorme bagagem no que diz respeito à APS.

A preferência da Atenção Primária à Saúde (APS) como um dos eixos centrais dar-se-á pontualmente por sua extrema demanda no território do Rio de Janeiro, ademais, a mesma também abarca em sua concepção características que conversam com a PNH, uma vez que sua transversalidade – da PNH – refere-se ao dever de se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. Aspecto esses que irão corroborar com um SUS cada vez mais humanizado.

Enxergamos, já há algum tempo, a crise que a APS vem enfrentando no Rio de Janeiro, a qual é reconhecível, sobretudo, pelo sucateamento de recursos financeiros, dificuldade de integração com outros níveis de atenção, gestão ineficiente, desvalorização dos profissionais e insatisfação dos usuários (Brasil, 2010; Heimann, Ibanhes, Boaretto, Castro, Júnior, Cortizo, Fausto & Nascimento, 2011; Silva & Muniz, 2011). Neste sentido, a Política Nacional de Humanização – conhecida como HumanizaSUS – instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde (MS), apresenta-se como uma política transversal e revolucionária do SUS, o que resultou na escolha da própria, pois aposta na humanização das práticas de atenção e de gestão; efetivando, assim, os princípios do SUS, qualificando a saúde pública e produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, além de apostar em planos de ação para promover e disseminar inovações em saúde.

Apesar de não ser o único motivo, pode-se inferir que o investimento público do Rio de Janeiro em saúde colabora com as adversidades que rodeiam o povo fluminense, urgindo a necessidade de efetivação de uma assistência mais humanizada, que poderia advir por meio da PNH. Outra razão, advém de o mesmo possuir uma grande repercussão, justamente por sua representatividade – como símbolo nacional – e por dispor de uma “trajetória tão rica e diversa” no que concerne à idealização da APS no RJ, conforme Paiva et al. (2019) sinalizam.

À vista disso, expor a percepção da Política Nacional de Humanização e suas contribuições para a Atenção Primária à Saúde no Estado do Rio de Janeiro irá suscitar em questões remetentes - e dignas de reflexão - a um olhar centrado na atenção contínua, integral e humanizada ao usuário, por meio de uma discussão pautada no cuidado em saúde. Diante do exposto, vale refletir: Quais são as contribuições que a PNH oferece para o cuidado em saúde na APS no Estado Rio de Janeiro?

Com base nas questões apontadas, o objetivo do presente trabalho é analisar a Política Nacional de Humanização e suas contribuições para o cuidado em saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Estado do Rio de Janeiro.

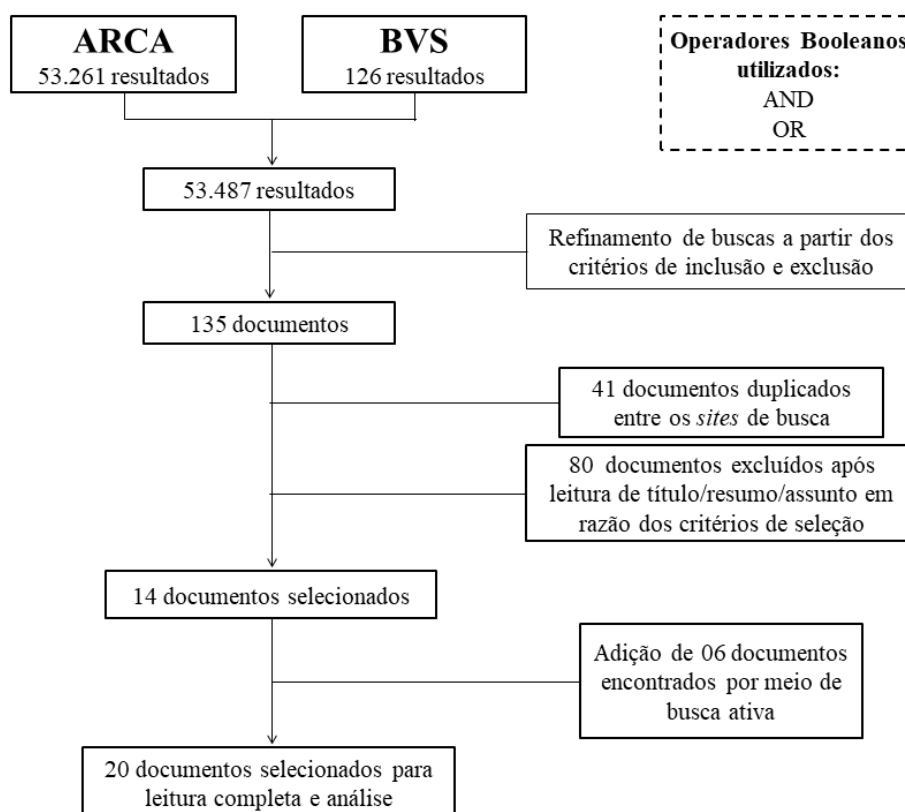
## 2. Método

Este estudo, de abordagem qualitativa (Minayo, 2014), foi realizado por meio de uma revisão bibliográfica e análise documental a respeito da Política Nacional de Humanização (PNH) e as contribuições que a mesma dispõe, em relação ao cuidado em saúde, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no Estado do Rio de Janeiro.

A busca do material bibliográfico foi desenvolvida no período de 15 a 21 de janeiro de 2020, com atualização da coleta de 08 a 10 de março de 2020, e se concentrou nos respectivos sítios eletrônicos: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Repositório Institucional da Fiocruz (ARCA). Para a busca dos descritores, determinados eixos estruturantes foram empregados, a fim de facilitar e organizar a procura, a saber: Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde (1); Instituição da Política Nacional de Humanização (2); A Política Nacional de Humanização (3); A Política Nacional de Humanização no campo da Atenção Básica (4); Humanização (5); e A diretriz do Acolhimento (5). Tal busca foi contemplada na base do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde – BVS) para exploração de termos em português. Logo, os principais descritores selecionados foram: Atenção Primária à Saúde, Humanização da Assistência e Política Nacional de Humanização – embora a Política não se caracterize como um descritor, essa palavra-chave foi considerada essencial na busca em conjugação com os demais termos.

Optou-se, no corrente trabalho, a utilização de Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como sinônimos, não distinguindo seus sentidos, e sim correlacionando-os.

Dos 53.487 documentos encontrados na busca inicial, foram elencados 135 trabalhos em decorrência dos critérios de inclusão – data de publicação (2011 a 2019); disponibilidade de texto completo; língua portuguesa; local de publicação: Rio de Janeiro – e exclusão – anterior ao ano de 2011; e estudo não condizente ao tema – adotados. Destes, a partir da leitura de título/resumo/assunto e trabalhos duplicados, foram excluídos 121 documentos - descartados os documentos cujo foco não englobava o objeto do presente estudo: PNH no contexto da Atenção Primária à Saúde no Estado do Rio de Janeiro - restando 14 documentos para leitura completa e análise. Ainda, uma busca ativa, com base nos eixos estruturantes, foi realizada a fim de complementar o trabalho e o material de pesquisa. Observa-se a sistematização dos documentos utilizados, no quadro 01.

**Quadro 01** – Sistematização dos documentos selecionados para corroborar a pesquisa, 2020.

Fonte: Elaboração própria, 2020.

A análise de conteúdo é uma ferramenta pertencente à pesquisa científica no que se refere a análise de dados com numerosas aplicações e uma taxonomia extensa. Com tal pensamento, o presente trabalho se baseou na conceituação de Bardin (1977), a qual busca uma compreensão mais crítica do que está sendo transmitido por meio de determinado texto (comunicação), analisando seu real sentido, seja ele explícito ou implícito. Assim, a análise dos dados produzidos, decorrentes da leitura dos documentos, foi realizada utilizando o método da análise de conteúdo temático-categorial (Oliveira, 2008). Esta análise se dá pela divisão do material apresentado nos trabalhos de acordo com categorias, estabelecendo uma nova organização textual. Os critérios, segundo Oliveira (2008), são de acordo com a frequência de presença do assunto, hipóteses, a construção significativa dos elementos textuais e a ausência de conteúdo.

Vale ressaltar que não se pretende apresentar uma revisão definitiva acerca da temática abordada, mas sim estimular sua discussão, visando uma contextualização mais fundamentada no cuidado em saúde na Atenção Básica (AB), em específico no Rio de Janeiro, com vistas às contribuições da Política Nacional de Humanização.

### 3. Resultados

Inicialmente, foram identificados 53.487 documentos referentes à temática abordada no presente trabalho, das quais 20 foram elencados de forma a contribuir para a análise, a saber: 15 artigos, 2 teses, 1 dissertação e 2 livros. Dentre os estudos selecionados para a pesquisa e seus anos de publicação, nota-se que se prevaleceu o ano de 2011, o que nos leva a associar tal questão, muito possivelmente, a um dos marcos normativos de implementação da Atenção Primária à Saúde que se daria pela Portaria Nº 2.488 (2011, 21 outubro), a qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), programa que visa conduzir a uma saúde mais resolutiva. Contudo, o índice de publicação se apresenta bem distribuído ao longo dos anos pré-determinados, conforme evidencia a Tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição dos estudos selecionados para a pesquisa publicados entre 2011 e 2019 e encontrados na BVS e ARCA (N=20)

Ano	Nº	%
2011	4	20%
2012	3	15%
2013	2	10%
2014	2	10%
2015	3	15%
2016	2	10%
2017	0	0%
2018	3	15%
2019	1	5%

Fonte: Elaboração Própria, 2020.

Quanto à área de conhecimento e de formação dos autores pertencentes aos estudos selecionados para a pesquisa, destacaram-se os respectivos campos de saber: Enfermagem com 31%, Psicologia com 18% e Medicina com 12%. É importante destacar que os 20 estudos selecionados para análise da pesquisa corresponderam a 64 autores; destes, 3 autores apresentaram mais de uma formação, o que faz com que tenhamos 68 formações - 18 áreas de conhecimento - perante os 64 autores (logo N=68), de acordo com o exposto na Tabela 2.

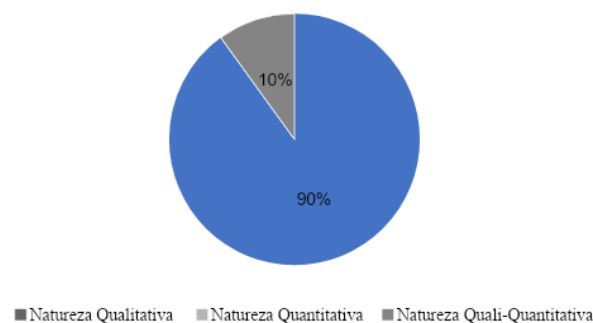
**Tabela 2.** Distribuição referente à área de conhecimento e de formação dos autores pertencentes aos estudos selecionados na pesquisa (N=68)

Área de Conhecimento e Formação dos Autores	Nº	%
Biomedicina	1	1%
Ciências Humanas	1	1%
Ciências Sociais	1	1%
Economia	1	1%
Educação Física	2	3%

Enfermagem	21	31%
Farmácia	3	4%
Filosofia	4	6%
Fonoaudiologia	1	1%
História	2	3%
Matemática	1	1%
Medicina	8	12%
Nutrição	2	3%
Odontologia	2	3%
Psicologia	12	18%
Serviço Social	3	4%
Sociologia e Política	1	1%
Terapia Ocupacional	2	3%

Fonte: Elaboração Própria, 2020.

Já em relação ao delineamento dos estudos selecionados para o respectivo trabalho, destaca-se a natureza qualitativa como predominante em 18 publicações (90%), quali-quantitativa em 02 publicações (10%) e não contando com nenhum trabalho com ênfase nos aspectos quantitativos, como aponta o Gráfico 1.



**Gráfico 1.** Distribuição dos estudos selecionados na pesquisa para análise, segundo o delineamento do estudo.

No que tange o sucateamento da saúde pública, surgem diversas questões apontadas nos estudos de Júnior et al. (2015), Souza (2011), Mendes e Silva (2015), Becchi, Albiero, Pavão, Pinto, Godoi, Dias, Gonçalves e Cavalheiro (2013), Nora e Junges (2013) e Cotta, Reis, Campos, Gomes, Antonio e Siqueira-Batista (2013), que exprimem, de forma coerente, tais complicações abarcadas no cotidiano do SUS, de acordo com o exposto no Quadro 02:

**Quadro 02.** Questões contribuintes para o sucateamento da saúde pública apercebidas no cotidiano do SUS.

QUESTÕES CONTRIBUINTE PARA O SUCATEAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA	REFERÊNCIAS
Dificuldade de se estabelecer um vínculo para com os usuários (relação profissional-usuário)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Silva, N. M. da, &amp; Muniz, H. P. (2011). <i>Vivências de trabalhadores em contexto de precarização: um estudo de caso em serviço de emergência de hospital universitário</i>. Estudos E Pesquisas Em Psicologia, 11(3). (pp. 821-840). doi: <a href="https://doi.org/10.12957/epp.2011.8338">https://doi.org/10.12957/epp.2011.8338</a>.</li> <li>2. Costa, G. D. da, Cotta, R. M. M., Ferreira, M. de L. da S. M., Reis, J. R., &amp; Franceschini, S. do C. C. (2009). <i>Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial</i>. Revista Brasileira de Enfermagem, 62, (pp.113–118). doi: <a href="https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100017">https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100017</a></li> <li>3. Pinheiro, R. (2004). <i>Democracia e saúde: sociedade civil, cidadania e cultura política</i>. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 14, (pp.11–14). doi: <a href="https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100002">https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100002</a></li> <li>4. Brasil. Ministério da Saúde. (2010). <i>HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS</i>. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.</li> </ol>
Depreciação da dimensão subjetiva no cuidado em saúde	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brasil. Ministério da Saúde. (2004a). <i>HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS</i>. Brasília, DF.</li> <li>2. Silva, N. M. da, &amp; Muniz, H. P. (2011). <i>Vivências de trabalhadores em contexto de precarização: um estudo de caso em serviço de emergência de hospital universitário</i>. Estudos E Pesquisas Em Psicologia, 11(3). (pp. 821-840). doi: <a href="https://doi.org/10.12957/epp.2011.8338">https://doi.org/10.12957/epp.2011.8338</a>.</li> </ol>
Comercialização da doença	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Silva, N. M. da, &amp; Muniz, H. P. (2011). <i>Vivências de trabalhadores em contexto de precarização: um estudo de caso em serviço de emergência de hospital universitário</i>. Estudos E Pesquisas Em Psicologia, 11(3). (pp. 821-840). doi: <a href="https://doi.org/10.12957/epp.2011.8338">https://doi.org/10.12957/epp.2011.8338</a>.</li> </ol>
Infraestrutura e a falta/insuficiência de recursos financeiros	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Silva, N. M. da, &amp; Muniz, H. P. (2011). <i>Vivências de trabalhadores em contexto de precarização: um estudo de caso em serviço de emergência de hospital universitário</i>. Estudos E Pesquisas Em Psicologia, 11(3). (pp. 821-840). doi: <a href="https://doi.org/10.12957/epp.2011.8338">https://doi.org/10.12957/epp.2011.8338</a>.</li> <li>2. Souza, G. A. (2011). <i>Gestão, Planejamento e Humanização na Atenção Primária à Saúde</i>. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Lagoa Santa.</li> </ol>
Ausência de uma gestão participativa, a existência de modelos de gestão centralizados e verticais e a escassez de capacidade técnica gerencial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Silva, N. M. da, &amp; Muniz, H. P. (2011). <i>Vivências de trabalhadores em contexto de precarização: um estudo de caso em serviço de emergência de hospital universitário</i>. Estudos E Pesquisas Em Psicologia, 11(3). (pp. 821-840). doi: <a href="https://doi.org/10.12957/epp.2011.8338">https://doi.org/10.12957/epp.2011.8338</a>.</li> <li>2. Souza, G. A. (2011). <i>Gestão, Planejamento e Humanização na Atenção Primária à Saúde</i>. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Lagoa Santa.</li> <li>3. Brasil. Ministério da Saúde. (2010). <i>HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS</i>. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.</li> <li>4. Brasil. Ministério da Saúde. (2004a). <i>HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS</i>. Brasília, DF.</li> <li>5. Costa, G. D. da, Cotta, R. M. M., Ferreira, M. de L. da S. M., Reis, J. R., &amp; Franceschini, S. do C. C. (2009). <i>Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial</i>. Revista Brasileira de Enfermagem, 62, (pp.113–118). doi: <a href="https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100017">https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100017</a></li> <li>6. Pinheiro, R. (2004). <i>Democracia e saúde: sociedade civil, cidadania e cultura política</i>. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 14, (pp.11–14). doi: <a href="https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100002">https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100002</a></li> </ol>



Precarização e desvalorização das relações de trabalho, a educação permanente dos profissionais escassa e o modelo biomédico ainda arraigado na práxis dos profissionais	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gomes, M. P., Ribeiro, V. M., Monteiro, D. M., Leher, E. M. T., &amp; Louzada, R. de C. R. (2010). <i>O uso de metodologias ativas no ensino de graduação nas ciências sociais e da saúde: avaliação dos estudantes</i>. <i>Ciência &amp; Educação</i> (Bauru), 16, (pp.181–198). doi: <a href="https://doi.org/10.1590/S1516-73132010000100011">https://doi.org/10.1590/S1516-73132010000100011</a></li> <li>7. Costa, G. D. da, Cotta, R. M. M., Ferreira, M. de L. da S. M., Reis, J. R., &amp; Franceschini, S. do C. C. (2009). <i>Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial</i>. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i>, 62, (pp.113–118). doi: <a href="https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100017">https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100017</a></li> <li>8. Ferreira, M. de L. da S. M., Cotta, R. M. M., &amp; Oliveira, M. S. de. (2008). <i>Reconstrução teórica do cuidado para as práticas de saúde: um olhar a partir da produção de alunos de curso de especialização a distância</i>. <i>Revista Brasileira de Educação Médica</i>, 32(3), (pp.291–300). doi: <a href="https://doi.org/10.1590/s0100-55022008000300003">https://doi.org/10.1590/s0100-55022008000300003</a></li> <li>9. Brasil. Ministério da Saúde. (2010). <i>HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS</i>. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.</li> <li>10. Silva, N. M. da, &amp; Muniz, H. P. (2011). <i>Vivências de trabalhadores em contexto de precarização: um estudo de caso em serviço de emergência de hospital universitário</i>. <i>Estudos E Pesquisas Em Psicologia</i>, 11(3). (pp. 821-840). doi: <a href="https://doi.org/10.12957/epp.2011.8338">https://doi.org/10.12957/epp.2011.8338</a>.</li> </ol>
Dificuldade de acesso aos bens de saúde em determinadas áreas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Souza, G. A. (2011). <i>Gestão, Planejamento e Humanização na Atenção Primária à Saúde</i>. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Lagoa Santa.</li> <li>2. Brasil. Ministério da Saúde. (2010). <i>HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS</i>. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.</li> </ol>
Insatisfatória qualidade dos serviços de saúde	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brasil. Ministério da Saúde. (2010). <i>HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS</i>. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.</li> <li>2. Costa, G. D. da, Cotta, R. M. M., Ferreira, M. de L. da S. M., Reis, J. R., &amp; Franceschini, S. do C. C. (2009). <i>Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial</i>. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i>, 62, (pp.113–118). doi: <a href="https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100017">https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100017</a></li> <li>3. Pinheiro, R. (2004). <i>Democracia e saúde: sociedade civil, cidadania e cultura política</i>. <i>Physis: Revista de Saúde Coletiva</i>, 14, (pp.11–14). doi: <a href="https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100002">https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100002</a></li> </ol>
Limitada corresponsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nas práticas de atenção	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brasil. Ministério da Saúde. (2010). <i>HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS</i>. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.</li> </ol>
Notável insatisfação dos usuários	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Silva, N. M. da, &amp; Muniz, H. P. (2011). <i>Vivências de trabalhadores em contexto de precarização: um estudo de caso em serviço de emergência de hospital universitário</i>. <i>Estudos E Pesquisas Em Psicologia</i>, 11(3). (pp. 821-840). doi: <a href="https://doi.org/10.12957/epp.2011.8338">https://doi.org/10.12957/epp.2011.8338</a>.</li> </ol>

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Por outro lado, Nora & Junges (2013, pp.1195-1196) compreendem todos estes impasses, dividindo-os em duas subcategorias: “a primeira relacionada à infraestrutura física e material dos serviços, sendo esta observada com maior frequência nos estudos, e a segunda indicou os fluxos assistenciais que facilitam ou dificultam o acesso aos serviços de saúde”.

Como dito na metodologia de trabalho, os grupos temáticos que serviram de base para a discussão desses resultados seguiram a análise temático-categorial de Bardin, e, por meio de uma leitura interpretativa e contextualização do objeto do estudo, chegou-se a agrupamentos de discussão, a saber:

'A Política Nacional de Humanização e a Atenção Primária à Saúde: o Estado do Rio de Janeiro'; 'Contribuições da Política para a Atenção Primária à Saúde: diretrizes em evidência'; e 'A Humanização e o Cuidado em Saúde: um olhar da política voltado à Atenção Primária à Saúde'.

#### **4. Discussão**

##### **4.1 A Política Nacional de Humanização e a Atenção Primária à Saúde: o Estado do Rio de Janeiro**

O campo da Saúde Pública vem se empenhando cada vez mais na assistência à saúde, de forma que haja mudanças cada vez mais claras e intrínsecas no que tange o cuidado em saúde. Com tal pensamento, a fim de se evitar o sucateamento da saúde pública, como afirma Bernardes (2018), institui-se, no ano de 2003 pelo Ministério da Saúde (MS), a Política Nacional de Humanização (PNH), com vistas a propagar a ideia da humanização não como um programa, mas como uma política pública que transpassa as práticas de saúde pré-estabelecidas no Sistema Único de Saúde (SUS), agora, consideradas arcaicas perante os novos modos de gerir e cuidar dispostos pela Política (Pasche, Passos e Hennington, 2011 como citado em Reis-Borges et al., 2018, p. 196; Ministério da Saúde, 2008\* como citado em Nora & Junges, 2013, p. 1187; Ministério da Saúde, 2008\* como citado em Ignácio, 2011, p. 19; Brasil, 2008\* como citado em Bernardes, 2018, p. 24).

De acordo com Mitre, Andrade & Cotta (2012), Cotta et al. (2013), Bernardes (2018), Reis-Borges et al. (2018), Nora & Junges (2013), Becchi et al. (2013), Granja & Zoboli (2012), Junges, Barbiani, Fernandes, Prudente, Schaefer & Kolling (2012), Ignácio (2011) e Mendes & Silva (2015), a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – HumanizaSUS – reitera os princípios do SUS – universalidade, equidade e integralidade –, mas, para além disso, apresenta em seu eixo central seus próprios preceitos, a fim de se estabelecer novos modelos de atenção e de gestão a saúde, a saber: transversalidade, indissociabilidade, protagonismo e autonomia dos sujeitos, corresponsabilidade, horizontalização das relações, resolubilidade, participação coletiva e vínculos solidários. Tais preceitos pretendem garantir que haja, de fato, mudanças no modelo assistencial de saúde, aspirando uma assistência mais humanizada.

À vista disso, ao relacionarmos a implementação da humanização - por vias de política pública - à APS, podemos destacar, na prática, a importância de um cuidado mais humanizado no setor saúde. Afinal, tendo em consideração que a APS se caracteriza como porta de entrada preferencial do sistema - e, por consequência disso, o aparecimento de inúmeros impasses ficam em evidência, justamente por ser o primeiro contato do usuário com a rede de saúde - conduzimo-nos ao pensamento de que é preciso se debruçar mais em tal campo, dando, assim, mais importância à Atenção Primária à Saúde, diante do olhar do povo brasileiro. O relato de Bernardes (2018) em seu estudo entra em concordância com o exposto em termos de reconhecimento, uma vez que afirma que o espaço em que a PNH mais conseguiu se efetivar por meio das ações propostas foi a atenção básica, justamente por sua carência de recursos.

O sucateamento da saúde pública e a realidade de nosso sistema público de saúde são notórios, diante dos mais variados impasses que são desencadeados pelo mesmo e percebido por olhares distintos, seja pelo usuário, seja pelo trabalhador ou pelo gestor. Consequentemente, diante das diversas vertentes, a fragilidade da realidade de nossa saúde pública está cada vez mais inegável.

A APS como porta de entrada prioritária da saúde pública apresenta em sua particularidade a resolubilidade da atenção, que compreende todos os impasses apontados na pesquisa, bem como referidos pelos autores, em prol da redução e/ou eliminação de tais (Guedes, Roza & Barros, 2012; Fertoni, Pires, Biff & Scherer, 2015). Não é à toa que sua relevância, tanto na dimensão financeira (otimização de gastos do sistema) quanto na qualidade da assistência (organização de fluxos nos serviços), é significativa, a ponto de se propor a implantação de uma atenção básica – desde que seja de qualidade – em outros países (Starfield, Shi & Macinko, 2005; Kringos, Boerma, Van Der Zee & Groenewegen, 2013 como citado em Melo et al., 2019, p. 1594). Deveras, a atenção básica, independente da localidade, caracteriza-se como o contato primário com qualquer outro sistema de saúde, sendo assim, referência, demonstrando-se, no momento atual, como um modelo de sistema de saúde de consenso nacional e internacional (Paiva et al., 2019).

Assim, de acordo com o estudo de Melo et al. (2019), o Rio de Janeiro, apesar de se encontrar na 3ª posição em Produto Interno Bruto (PIB) de nossa pátria, contribui com menos R\$0,17 (dezessete centavos de Real), se comparado ao que investe o governo federal, ou seja, enquanto o Brasil soma com as três esferas de governo um investimento de R\$3,48 (três reais e quarenta e oito centavos), o Rio de Janeiro designa apenas R\$3,31 (três reais e trinta e um centavos) per capita para a saúde pública ao dia.

Historicamente, em nosso contexto de saúde pública, no que diz respeito a investimentos e implementação da APS, o Rio de Janeiro sempre esteve aquém do esperado. Assim, desde 1970, mesmo com o estado se apresentando como cenário precursor e propício para a saúde em sua trajetória, nos anos de 1990, o estado fluminense permaneceu nas posições mais baixas no que tange a expansão nacional da APS; ainda, em 2007, no pico de sua expansão, o RJ demarcava somente 21% de sua área coberta. Todavia, foi possível visualizar a tênue mudança em 2009, do que antes era um sistema escasso e limitado para uma política pública e prioritária (Paiva et al., 2019).

#### **4.2 Contribuições da PNH para a Atenção Primária à Saúde: diretrizes em evidência**

A Atenção Primária à Saúde é um cenário significativo para que a PNH, bem como suas diretrizes, seja de fato concretizada e assimilada no ambiente da rede de saúde, tanto pelo que a APS propõe quanto pelo que preconiza a própria PNH, de que se deve fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS.

Assim, a efetivação da PNH no ambiente do SUS, suas ferramentas e dispositivos atuam como disparadores das ações propostas nos serviços de saúde; já as diretrizes e princípios perseveram como orientações gerais. Logo, é através dos dispositivos e ferramentas que os princípios e diretrizes são materializados e, dessa maneira, permitem a garantia de um cuidado mais humanizado nas práticas de saúde, valorizando seus princípios norteadores (Santos-Filho, Barros & Gomes, 2009; Ministério da Saúde, 2008 como citado em Ignácio, 2011, p. 21; Guedes et al., 2012).

Visto que o termo 'diretriz', tal qual 'princípios', 'dispositivos' e 'ferramentas' se enquadram como orientações gerais da PNH, pensaremos nas diretrizes como questões/demandas imprescindíveis a serem trabalhadas em uma unidade de saúde. Desse modo, ao tratarmos de diretrizes operacionais, a Política nos fornece, de acordo com seu documento base (Brasil, 2010), sete diretrizes gerais que visam as ações transformadoras ambicionadas, a saber: Acolhimento, Clínica Ampliada, Cogestão, Valorização do Trabalho e do Trabalhador, Defesa dos Direitos do Usuário e Construção da Memória do SUS que dá certo. Entretanto, enquanto Bernardes (2018) concorda com tal, Ignácio (2011), ao citar o documento base da PNH de 2008, faz o acréscimo de mais uma: o Fomento das Grupidades, Coletivos e Redes. Ainda, Guedes et al. (2012) empregam como diretrizes somente o Acolhimento, a Cogestão, a Clínica Ampliada e a Saúde do Trabalhador.

Com base nas diretrizes expostas, há quem diga que a clínica ampliada não se trata de uma diretriz, embora esteja exposta no documento base de 2008, mas sim de um dispositivo/ferramenta ou até mesmo uma direção ética a ser adotada (Ministério da Saúde, 2008 como citado em Ignácio, 2011, p. 22; Reis-Borges et al., 2018).

A clínica ampliada é, também, ressaltada como uma forma de ampliar e efetivar o princípio do protagonismo e autonomia dos sujeitos envolvidos, intervindo em um modelo assistencial de saúde mais satisfatório (Ignácio, 2011).

Já com relação ao acolhimento, há uma discrepância relevante entre os autores ao denominá-lo, seja como diretriz, ferramenta ou dispositivo. Há aqueles que digam que o acolhimento expõe uma postura considerada até mesmo como polissêmica, visto que se atribui a diversos conceitos, podendo estar arraigado desde a porta de entrada ou a uma diretriz operacional (Silva & Romano, 2015). O acolhimento se destaca, ainda, como uma "ferramenta, estratégia e arranjo tecnológico" (Mitre, Andrade & Cotta, 2012, p. 2075) que objetiva mudanças nos processos de trabalho voltados à saúde. Considerando-se, assim, uma ferramenta, como dispositivo/instrumento implementado no setor saúde, a fim de se garantir mudanças mais humanizadas e resolutivas (Leite, Maia & Sena, 1999 como citado em Mitre et al., 2012, p. 2075); estratégia, como um processo de transformação acerca do modelo de atenção atual (Sena-Chompré, Leite, Maia, Gonzaga & Santos 2000 como citado em Mitre et al., 2012, p. 2075); e arranjo tecnológico, como um ajuste/disposição do acesso aos usuários (Schimith & Lima, 2004 como citado em Mitre et al., 2012, p. 2075).

Não obstante, o acolhimento se torna a diretriz operacional com mais evidência em toda a Política Nacional de Humanização, sendo, de longe, a que possui mais notoriedade e relevância dentre todas as outras, tendo, ainda, o Ministério da Saúde a ratificado como fundamental (Bernardes, 2018; Nora & Junges, 2013; Ignácio, 2011; Mitre et al., 2012; Cotta et al., 2013; Souza, 2011; Silva & Romano, 2015; Speroni & Menezes, 2014).

Considerando-se, então, o acolhimento como uma peça mestre em todo o cenário da humanização e cuidado em saúde, tal diretriz, com distintos significados, é compreendida como uma questão de acesso, vínculo entre usuários e profissionais, reorganização do processo de trabalho, fomentação do cuidado integral e remodelação da rede de saúde (Souza, Vilar, Rocha, Uchoa & Rocha, 2008 como citado em Souza, 2011, p. 27; Silva & Romano, 2015; Mitre et al., 2012).

Para além desta diretriz tão expressiva, durante o presente estudo, foi possível observar, também, a valia da ambiência - mesmo não constando como uma diretriz, tem sua relevância - afinal, com a escassez de recursos financeiros aqui relatados, o processo de trabalho na rede de saúde se torna prejudicado, o que influi na qualidade a ser ofertada e, assim, contraposto ao que é preconizado por tal diretriz (Beck, Lisbôa, Tavares, Silva & Prestes, 2009; Freire, Storino, Horta, Magalhães & Lima, 2008; Marin, Storniolo & Moravcik, 2010; Silveira, Felix, Araújo & Silva, 2004; Trad & Rocha, 2011; Vilar, 2009 como citado em Nora e Junges, 2013, p. 1189). Cabe destacar que o senso comum e, não só ele, mas muitos profissionais, compreende a ambiência como sendo não mais que um espaço físico adequado para a realização do trabalho (fatores ambientais: cores, iluminação, temperatura, ergonomia) - visão essa altamente equivocada de tal diretriz. Afinal, a ambiência está além de um espaço físico, logo, a mesma deve ser compreendida como um espaço social, profissional e destinado às relações interpessoais, viabilizando uma atenção integral, humana e resolutiva; propícia para o desempenho profissional. Nota-se, então, a importância da ambiência, uma vez que a mesma atua diretamente no cotidiano de trabalho a ser realizado na unidade de saúde.

Contudo, ao correlacionarmos a Atenção Básica - o ponto em questão do estudo - às diretrizes estabelecidas pela Política, é o acolhimento que irá abraçar todo o SUS, pois, no que se trata de cuidados primários, é ele que atua mais satisfatoriamente nas demandas espontâneas e na ampliação do acesso, instâncias de um serviço básico de saúde (Silva, Fracolli & Zoboli, 2005; Poli & Norman, 2006 como citado em Silva & Romano, 2015, p. 364). É, então, com a junção do acolhimento e da ampliação do acesso que refletirá na valorização do cuidado em saúde perante a APS. Todavia, esta não minimiza a notoriedade das demais diretrizes.

Em um cenário voltado ao entendimento das diretrizes, distinto ao documento base de 2010, que expressa as diretrizes destacadas pela PNH, é possível, a partir da leitura e análise dos estudos aqui expostos, desassociar "dispositivo x diretriz x ferramenta", visto que uma diretriz pode ser tanto um dispositivo quanto uma ferramenta na concepção de alguns autores ou ser considerada somente como

uma diretriz na visão de outros (como a clínica ampliada). Assim, com a finalidade de estruturar uma melhor compreensão a respeito das diretrizes existentes, pode ser plausível e intrigante para a pesquisa compilar as mesmas em 4 diretrizes mestres, a título de exemplo: acolhimento; ambiência; qualificação profissional; e gestão e organização do cuidado. Compilação essa derivada da leitura, assimilação e absorção acerca da atuação e inserção da PNH na totalidade de programas e políticas do SUS - ênfase ao princípio da transversalidade; objetivando sua notoriedade perante as demais redes de saúde.

### **4.3 A humanização e o cuidado em saúde: um olhar voltado à Atenção Primária à Saúde**

Há de se pensar que a humanização foi posta em pauta apenas após a implementação de uma política pública, no entanto, tal temática é debatida muito antes de se pensar em uma política voltada à humanização no cuidado em saúde – PNH –, há cerca de 53 anos (Casate & Corrêa, 2005 como citado em Doricci, Guanaes-Lorenzi e Pereira, 2016, p. 1275). Todavia, embora a humanização fosse sendo discutida brevemente desde os anos 1950 (Casate & Corrêa, 2005 como citado em Doricci et al., 2016, p. 1275), foi somente na década de 1970 que se desenrolou, de fato, o debate voltado à humanização referente ao cuidado em saúde – nacional e internacional –, por meio de um Seminário realizado em São Francisco, Califórnia, intitulado “Humanizing Health Care”, o qual deu um grande salto em termos de publicações voltadas ao tema (Deslandes, 2006; Trodes, Galvin & Holloway, 2009; Howard & Straus, 1975; Deslandes, 2004 como citado em Doricci et al., 2016, p. 1275).

Como uma palavra de caráter polissêmico, a humanização traz em seu âmago diversas conceituações, que foram divergindo entre os autores ao longo de todos esses anos. Afinal, tratando-se de um termo voltado a uma política de saúde, pode-se estimar que o mesmo esteja ligado somente à formulação de novas propostas de atenção e gestão em unidades de saúde e não como uma conduta a ser adotada por nós, independentemente do espaço em que nos encontramos.

Em concordância com o Ministério da Saúde (MS), a interpretação de humanização está atrelada a todos aqueles envolvidos no processo de produção de saúde, ou seja, trabalhadores, usuários e gestores (Brasil, 2010). Com isto posto e tendo em vista a análise realizada no presente trabalho, a conceituação de humanização demonstrou estar longe de ser relacionada a uma conduta própria do homem – algo caracterizado como benévolo – mas sim como uma prática a ser executada em razão de sua posição profissional (Benevides & Passos, 2005 como citado em Nora e Junges, 2013, p. 1197); refletiu a necessidade de mudança na maneira com que se executa o trabalho, expondo a reformulação do modelo biomédico enraizado (Campos, 2005 como citado em Bernardes, 2018, p. 23); e expressou o desejo dos usuários de mudança em relação ao atendimento recebido, almejando uma maior rede de diálogo, em que buscam o respeito, uma relação de reciprocidade (usuários x profissionais) e o ‘ser’ solidário (Ferrugem, Pekelman, Minuzzo & Melz, 2009 como citado em Souza, 2011, p. 28; Oliveira, Collet & Vieira, 2006 como citado em Mendes e Silva, 2015, p. 38).

Em linhas gerais, ao relacionarmos a realidade da Atenção Básica e levarmos em consideração que a mesma se caracteriza como um cenário altamente significativo em termos de saúde pública – visto que é o primeiro contato com o usuário –, a humanização acaba sendo implicada, uma vez que o sucateamento da saúde é inegável. Com tais impasses percebidos e destacados, tanto por profissionais quanto usuários, a humanização e o cuidado em saúde no campo da atenção acabam se tornando deficitária, afinal, em uma rede de saúde, faz-se necessário a existência de resolubilidade e qualidade em seus serviços prestados (Souza, 2011).

Em outra vertente, não podemos negar que, embora ainda haja certas questões a serem observadas, a humanização e o cuidado em saúde visados pela Política vêm crescendo cada dia mais, contribuindo tanto com a concretização dos princípios estabelecidos pelo SUS quanto com a efetivação de suas diretrizes, dispositivos e ferramentas dentro das unidades de saúde, em especial na Atenção Básica (Heckert, Passos & Barros, 2009).

## **5. Considerações finais**

Baseando-se no conceito inicial proposto, que trata do reconhecimento do cuidado em saúde conferido pela humanização proposta na Política, bem como sua discussão voltada à Atenção Primária à Saúde no Estado do Rio de Janeiro e, conseqüentemente, as contribuições que a Política Nacional de Humanização nos propõe com o puro intuito de aperfeiçoar o sistema público de saúde brasileiro, podemos concluir que, embora a APS exprima em sua natureza uma necessidade corrente de mudanças, devido as suas adversidades - grande parte advindas do poder público e seu desfalque no que diz respeito aos recursos financeiros destinados à saúde -, a Política se revela como um vasto subsídio ao SUS de forma geral e, mais especificamente, à APS, em companhia de suas diretrizes, ferramentas e dispositivos que se revelam como um conceituado amparo no que tange à humanização no cuidado em saúde (Nora & Junges, 2013).

Embora a APS se configure como a porta de entrada preferencial do SUS e como principal organizadora dos serviços e da rede como um todo, há de se pensar que nosso regime político se atente em garantir a qualidade adequada nesta primeira instância. Questões relacionadas ao investimento na qualificação dos trabalhadores, ao direito dos usuários, à fragmentação da rede assistencial e do processo de trabalho, à valorização e inclusão de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, dentre outras questões associadas à realidade da APS, são, verdadeiramente, um grande desafio para a PNH, que visa transpor tais adversidades.

Diante disso, finda-se, então, a indispensabilidade de determinados eixos dispostos pela Política, como a aplicação das diretrizes - em especial, o acolhimento -, dispositivos e ferramentas, como orientadores substanciais à atenção e gestão em saúde, tencionando a empregabilidade de um novo modelo de assistência à saúde.

Alinhado, então, com os autores aqui supracitados e destacando suas visões a respeito da temática exposta, pôde-se observar, de fato, a realidade que é o mundo da Atenção Básica no que se refere ao cuidado em saúde, diante da atual conjuntura do SUS, no Estado do Rio de Janeiro.

Em termos de aporte à saúde na APS, a Política, efetivamente, contribui para uma assistência mais humanizada e de maior qualidade e efetividade, seja para os usuários, gestores ou trabalhadores. Isto em razão de suas diretrizes, dispositivos e ferramentas, que permitem a dispersão de ações e orientações benéficas para a garantia de um cuidado mais humanizado nas práticas de saúde. Ademais, é através da PNH que o acolhimento – diretriz em evidência – engrandece-se e é através da APS que visualizamos sua atuação mais satisfatória, justamente por garantir o acesso e qualificar o cuidado, em termos gerais.

Em vias de localidade, o estado fluminense apresenta um quadro notável no qual pudemos explorar a APS, e para além de evidenciar o sucateamento de recursos para saúde pública em tal região, é na APS que a PNH apresenta seu maior desempenho, justamente por sua escassez de recursos, a qual permite uma gama maior de ações (Bernardes, 2018).

Contudo, durante a escrita do presente trabalho, buscou-se trazer à tona questões pertinentes à humanização no cuidado em saúde no contexto da APS, evidenciando a PNH e suas contribuições, bem como a situação que se encontra o Estado do Rio de Janeiro, mediante aos impasses trilhados ao longo de toda essa trajetória que permeia o SUS.

Em suma, conclui-se que há certa magnitude em relação a humanização na APS, ao se propor novos modos de gerir e cuidar – concedidos pela Política – devendo-se levar em consideração eixos pertinentes para ampliação do acesso aos usuários e a resolubilidade, objetivando a não fragmentação do cuidado, a integralidade. E que, pontualmente, a humanização da assistência deve se mostrar essencial na solidificação da saúde pública brasileira, em especial, conforme os achados do estudo, no Estado do Rio de Janeiro.

## Referências

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Becchi, A. C., Albiero, A. L. M., Pavão, F. de O., Pinto, I. de S., Godoi, A. V. de, Dias, B. C., Gonçalves, E. C. de A., & Cavalhero, R. F. (2013). Perspectivas atuais de cogestão em saúde: vivências do Grupo de Trabalho de Humanização na atenção primária à saúde. *Saúde e Sociedade*, 22(2), 653–660. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902013000200032>

Bernardes, A. P. (2018). *Política Nacional de Humanização na Atenção Primária à Saúde: estratégias de implantação e fortalecimento da diretriz "participação social."* [Trabalho de Conclusão de Curso,



Universidade Estadual do Rio de Janeiro]. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1050296>.

Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)

Cotta, R. M. M., Reis, R. S., Campos, A. A. de O., Gomes, A. P., Antonio, V. E., & Siqueira-Batista, R. (2013). Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 171–179. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100018>

Doricci, G. C., Guanaes-Lorenzi, C., & Pereira, M. J. B. (2016). Programa Articuladores da Atenção Básica: construindo humanização através do diálogo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26, 1271–1292. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400011>

Fertonani, H. P., Pires, D. E. P. de, Biff, D., & Scherer, M. D. dos A. (2015). Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1869–1878. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>

Granja, G. F., & Zoboli, E. L. C. P. (2012). *Humanização da Atenção Primária à Saúde: gestão em redes e governança local*. (pp. 494–501). Mundo Saúde. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-4695>

Guedes, C. R., Roza, M. M. R., & Barros, M. E. B. de B. (2012). O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 20(1), 93-101. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-644869>

Heckert, A. L. C., Passos, E., & Barros, M. E. B. de. (2009). Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13, 493–502. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500002>

Heimann, L. S., Ibanhes, L. C., Boaretto, R. C., Castro, I. E. do N., Telesi Júnior, E., Cortizo, C. T., Fausto, M. C. R., Nascimento, V. B. do, & Kayano, J. (2011). Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2877–2887. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232011000600025>

Ignácio, P. S. (2011). *Caminhos para a avaliação: a construção de uma proposta de avaliação de dispositivos que favorecem a diretriz de clínica ampliada da Política Nacional de Humanização na atenção básica*. [Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz] <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24262>

Junges, J. R., Barbiani, R., Fernandes, R. B. P., Prudente, J., Schaefer, R., & Kolling, V. (2012). O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. *Saúde e Sociedade*, 21(3), 686–697. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902012000300014>

Júnior, S. O. de S., Fortunato, M. de M., Pessoa, G. R., Pereira, A. K. A. de M., Nascimento, E. G. C. D., & Alchieri, J. C. (2015). Expressão da Humanização no Campo da Atenção Básica à Saúde. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 9(1). <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/view/2305>

Melo, E. A., Mendonça, M. H. M. de, Teixeira, M., Melo, E. A., Mendonça, M. H. M. de, & Teixeira, M. (2019). A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4593–4598. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019>

Mendes, A. T. S. & Silva, G. A. S. (2015). *Política Nacional de Humanização*. São Luís: Universidade Federal do Maranhão. UMA\_SUS/UFMA. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3308/3/Unidade%2001%20-%20M%C3%B3dulo%2008.pdf>

Mitre, S. M., Andrade, E. I. G., & Cotta, R. M. M. (2012). Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2071–208. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000800018>

Nora C. R. D. & Junges J. R. (2013). Política de Humanização na Atenção Básica: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, 47(6), 1186-1200. <http://10.1590/S0034-8910.2013047004581>

Nunes, E. D. (2007). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 1087–108. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232007000400030>

Oliveira, D. C. de. (2008). Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. Enferm. UERJ*. 569–576. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-512081>

- Paiva C. H. A., Pires-Alves F. A., Freitas G. C., Rafael R. M. R., Costa M. T. F., Souza L. M. B. M. & Edmundo K. M. B. (2019). *Tempos Críticos: trajetórias e perspectivas da Atenção Primária à Saúde no Estado do Rio de Janeiro*. FAPERJ. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/35971>
- Pinto, L. F., & Giovanella, L. (2018). Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1903–1914. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>
- Portaria nº 2.488 (2011, 21 outubro). 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*, Brasília-DF.
- Reis-Borges, G. C., Nascimento, E. N., & Borges, D. M. (2018). Impacto da Política Nacional de Humanização na Estratégia Saúde da Família e na Rede de Saúde. *Distúrbios da Comunicação*, 30(1), 194-200. <http://dx.doi.org/10.23925/2176-2724.2018v30i1p194-200>
- Silva, N. M. da, & Muniz, H. P. (2011). Vivências de trabalhadores em contexto de precarização: um estudo de caso em serviço de emergência de hospital universitário. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 11(3), 821-840. <https://doi.org/10.12957/epp.2011.8338>
- Silva, T. F. da, & Romano, V. F. (2015). Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, 39(105), pp. 363–374. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002005>
- Simas, K. B. da F., Simões, P. P., Gomes, A. P., Costa, A. do A. Z., Pereira, C. G., & Siqueira-Batista, R. (2016). (Bio)ética e Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar nas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 1481–1490. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.00332015>
- Souza, G. A. (2011). *Gestão, Planejamento e Humanização na Atenção Primária à Saúde*. [Monografia de especialização, Universidade Federal de Minas Gerais] [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Gestao\\_\\_planejamento\\_e\\_humanizacao\\_na\\_Atencao\\_Primary\\_a\\_Saude/459](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Gestao__planejamento_e_humanizacao_na_Atencao_Primary_a_Saude/459)
- Speroni, A. V., & Menezes, R. A. (2014). Os sentidos do Acolhimento: um estudo sobre o acesso à atenção básica em saúde no Rio de Janeiro. *Cadernos Saúde Coletiva*, 22, 380–385. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400040011>

**Contribuição dos autores:** I. R. Trabalhou na concepção do texto, redação do texto, análise e revisão e organização das fontes. A. M. M. e N. S. trabalharam na concepção do texto, análise e revisão.

**Recebido em:** 26/01/2021

**Aceito em:** 11/10/2021

**Publicado em:** 31/01/2022

**Editor(a):** Cláudia Fell Amado