

## **A humanização da assistência de enfermagem na perspectiva de enfermeiros da atenção primária à saúde**

### **Humanization of nursing care: perspective of nurses working in primary health care services**

DOI:10.34117/bjdv8n4-496

Recebimento dos originais: 21/02/2022

Aceitação para publicação: 31/03/2022

#### **Natércia Regina Mendes Silva**

Mestre

Instituição: Kliniken der Stadt Köln

Endereço: Neufelder Str. 34, 51067 Köln, Alemanha

E-mail: nate\_mendes@hotmail.com

#### **Rozilaine Redi Lago**

Doutora

Instituição: Universidade Federal do Acre

Endereço: Rodovia BR 364, Km 04, Distrito Industrial, Rio Branco-AC

CEP: 69920-900

E-mail: rozilaine.lago@ufac.br

#### **Samara Devai Lago**

Especialista

Instituição: Fundação Mineira de Educação e Cultura (FUMEC)

Endereço: Rua.Maria Macaferri, 114, Paraíso, Belo Horizonte-MG, CEP: 30270-370

E-mail: samara.devai@hotmail.com

#### **Maria Fernanda de Sousa Oliveira Borges**

Doutora

Instituição: Universidade Federal do Acre

Endereço: Rodovia BR 364, Km 04, Distrito Industrial, Rio Branco-AC

CEP: 69920-900

E-mail: maria.borges@ufac.br

#### **RESUMO**

Reconhecendo que a enfermagem é a maior categoria profissional atuante na assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e que a humanização da assistência é essencial para a qualificação dessa atenção, neste estudo investigamos a percepção dos enfermeiros quanto à humanização da assistência de enfermagem nos serviços de Atenção Primária à Saúde do SUS. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, envolvendo 17 enfermeiros atuantes em Unidades de Referência em Atenção Primária à Saúde (URAP) em um município da região Amazônica Ocidental Brasileira. Na perspectiva dos enfermeiros, a humanização foi identificada por conceitos coerentes com a Política Nacional de Humanização do SUS, no que diz respeito aos aspectos de resolutividade, acolhimento e integralidade da assistência, embora ainda tenham sido identificadas percepções relacionadas à visão tradicional caritativa, percepção que é subjugada pela compreensão vigente da saúde como um direito dos usuários.

**Palavras-chave:** humanização da assistência, enfermagem, atenção primária à saúde.

## **ABSTRACT**

Considering that nursing is a key professional category for health care and the humanization of assistance is essential for the qualification of the Health System, this research aimed to investigate the perception of nurses about the humanization of nursing care in public primary health care services. This is a qualitative research involving 17 nurses working in primary health care services in a municipality located at the western Brazilian Amazon region. For the nurses interviewed, the humanization was identified by concepts consistent with the current National Humanization Policy, regarding the aspects of resolution, host and comprehensive care, while still presents entrenched speeches to traditional charitable vision, this perception is subjugated by current understanding of health as a right.

**Keywords:** humanization of assistance, nursing, primary health care.

## **1 INTRODUÇÃO**

Dentre as diversas atividades desempenhadas na sociedade, o trabalho destaca-se como uma das mais relevantes, compreendido como um componente essencial do processo de formação histórica da humanidade e como espaço de relações<sup>1</sup>. No contexto da saúde, a enfermagem é reconhecida como uma importante categoria de trabalho, inserida nas práticas que se caracterizam pelo processo de cuidar, incorporando a busca pelo conhecimento da subjetividade e atendimento das necessidades humanas<sup>2,3</sup>.

A enfermagem enquanto profissão integrante dos serviços públicos de saúde possui um papel fundamental no processo de humanização da assistência, tanto pelo acesso direto aos usuários, como pela participação na gestão dos serviços de saúde, sendo que a humanização da assistência se configura como uma temática estratégica na organização da política nacional de saúde, imprescindível para a qualidade e eficácia dos serviços prestados<sup>4</sup>.

Em 2002, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e da Gestão à Saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de aprimorar o sistema de saúde do país, articulando tecnologia com acolhimento, aperfeiçoamento dos ambientes e das condições de trabalho e valorizando os usuários, trabalhadores e gestores, que são os sujeitos envolvidos na produção de saúde<sup>5</sup>.

Nesse sentido, a humanização da assistência no sistema público de saúde brasileiro não é entendida como um novo programa de saúde, mas como uma política transversal a ser desenvolvida em toda a rede de atenção, por meio de diretrizes que

norteiem as ações dos serviços de saúde no conjunto das relações entre gestores, trabalhadores e usuários<sup>6</sup>.

No SUS, um dos espaços privilegiados para a realização de ações norteadas pela humanização da assistência é a Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada dos serviços públicos e ordenadora da rede de assistência, contendo diretrizes que favorecem a construção de vínculos com a população de usuários assistidos<sup>7</sup>.

Assim, reconhecendo que a enfermagem é uma categoria profissional fundamental para a assistência à saúde e que a humanização dos serviços de saúde é essencial para a qualificação do SUS, neste estudo buscamos compreender a percepção dos enfermeiros quanto à humanização da assistência de enfermagem nos serviços de Atenção Primária à Saúde do SUS no município de Rio Branco-Acre.

## 2 MÉTODOS

### 2.1 DELINEAMENTO, LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, com enfoque na percepção de enfermeiros a respeito da humanização da assistência. A população de estudo foi composta por enfermeiros lotados nas Unidades de Referência em Atenção Primária à Saúde (URAP) de Rio Branco-Acre, de março a junho de 2012. No período do estudo, existiam 06 (seis) URAPs formalmente ativas, distribuídas nas regiões de saúde do município, atuando como unidades de referência para as equipes da Estratégia Saúde da Família, bem como no atendimento direto à população. Os 36 enfermeiros que estavam ativos nessas unidades (não estavam de férias ou em afastamento das atividades) foram convidados a participar da pesquisa, conforme critérios éticos estabelecidos (Item 2.3).

### 2.2 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados foi composta por um questionário semi-estruturado, seguindo um roteiro com questões relativas à caracterização do sujeito e outras questões norteadoras da pesquisa, que foram: 1) O que significa humanização da assistência à saúde?; 2) Como você desenvolve a humanização na assistência de enfermagem na APS?; e 3) Que fatores dificultam a humanização da assistência na APS? O questionário foi respondido individualmente pelos participantes, supervisionados pela bolsista pesquisadora no local de serviço.

Os dados coletados foram analisados com base no pressuposto de Bardin<sup>8</sup>, por meio da técnica de análise temática, uma modalidade de análise de conteúdo apropriada

para estudos qualitativos em saúde. Essa técnica é desenvolvida em etapas, compostas pela pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, sendo construídas categorias com núcleos de sentido das informações apresentadas pelos participantes. A fim de garantir o anonimato dos enfermeiros, optou-se por utilizar na apresentação dos resultados a nomenclatura contendo a letra “E” (oriunda da palavra Enfermeiro), seguida de número.

### 2.3 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa atendeu aos critérios estabelecidos pela resolução CONEP N° 466/2012. Foram esclarecidos os objetivos do estudo e aspectos éticos aos enfermeiros, sendo que aqueles que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A pesquisa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade local, sob o protocolo n. 23.107.020412/2011-34.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 17 enfermeiros, representando 47,2% dos enfermeiros ativos nas URAPs no período do estudo. Todos os participantes possuíam até o ensino superior completo, predominou o sexo feminino (58,8%) e idade entre 27 a 56 anos.

A quantidade maior de mulheres nos participantes da pesquisa reflete uma questão de gênero observada na profissão de enfermagem. A enfermagem, historicamente, é associada ao trabalho feminino, considerando que à mulher foi conferido socialmente o papel do cuidado, privilegiando sua incorporação à profissionalização da assistência no trabalho em saúde<sup>9</sup>.

As desigualdades relacionadas à questão de gênero podem implicar em fragilidades de valorização, mobilização e engajamento político, observadas neste grupo profissional ao longo da história, tal como expresso nas desigualdes entre condições de trabalho e reconhecimento, diversamente distribuídas entre enfermeiros e profissionais de saúde de outras ocupações historicamente masculinas<sup>10,11</sup>.

O perfil etário observado no estudo corresponde ao descrito na literatura sobre a composição da categoria da enfermagem nas américas e também em outras regiões do mundo, ressaltando-se que no Brasil a maior parte dos profissionais dessa ocupação ainda não possuem o ensino superior completo<sup>12</sup>.

No presente estudo, foram analisadas três questões norteadoras relacionadas ao objetivo da pesquisa, das quais foram construídos os temas e categorias que serão apresentados a seguir.

### 3.1 HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Diante dessa temática, foram identificadas três categorias de análise: *“Resolutividade dos problemas de saúde”*, *“Tratar bem”* e *“Atender de forma integral”*.

### 3.2 RESOLUTIVIDADE DOS PROBLEMAS DE SAÚDE

Os participantes da pesquisa entenderam que a resolutividade dos problemas de saúde é um fator conceitual no processo de humanização, como exemplificam as seguintes afirmativas:

*“A humanização significa a resolução dos problemas encontrados durante a assistência”*

E2, feminino, 34 anos.

*“A humanização passa pela resolutividade dos problemas de saúde da população, seja individual ou coletiva”*

E3, masculino, 39 anos.

*“Buscando ser resolutivo, desde sua entrada até sua saída”*

E14, feminino, 31 anos.

*“É a solução de problemas mencionados pelo cidadão”*

E15, feminino, 39 anos.

A estruturação da Atenção Básica, aqui chamada de Atenção Primária à Saúde (para harmonizar com a nomenclatura internacionalmente usada), foi concebida em alinhamento ao movimento internacional de reorientação da atenção à saúde em busca de uma melhor resposta às necessidades da população de países em desenvolvimento. A APS constitui um conjunto de serviços e ações que abrangem a vigilância e a promoção da saúde, a prevenção, diagnóstico, tratamento de doenças, reabilitação e manutenção da saúde, em âmbito individual e coletivo, de acordo com as características do território, sendo considerada a porta de entrada preferencial do usuário no SUS<sup>13</sup>.

Reconhecida como elo fundamental e estratégico da rede de atenção à saúde, a APS é responsável pela resolutividade da maior parte dos problemas de saúde da população, além da coordenação da atenção à saúde na perspectiva da integralidade da atenção, em articulação com os demais níveis de atenção<sup>13</sup>. Esse potencial de resolutividade está relacionado à atuação de uma equipe de saúde multiprofissional no acompanhamento de uma população territorialmente definida, compondo um espaço de

responsabilidade sanitária<sup>14</sup>. No entanto, mudanças nas estruturas políticas e atuação da gestão em saúde têm gerado tensões no campo, limitando sua resolutividade, ameaçando sua abrangência e sustentabilidade<sup>13,15,16</sup>.

Em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, destaca-se o valor da universalidade no acesso à atenção integral à saúde, através dos serviços distribuídos em todos os níveis de complexidade. Nesse sentido, a ação resolutiva na APS não se reduz a uma conduta, mas no ofertar ao usuário toda a tecnologia disponível nesse nível de assistência para responder às necessidades de saúde apresentadas e prover os encaminhamentos necessários, em coerência com a dimensão da humanização da assistência. O enfermeiro, em função da amplitude de sua formação, é apontado como profissional fundamental na garantia da integralidade da atenção nesse nível de atenção; os investimentos no desenvolvimento dessa categoria profissional são apontados como potencializadores da consolidação da APS, além do alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável até 2030<sup>17</sup>.

### 3.3 TRATAR BEM

Ainda no campo da humanização, os participantes indicaram o “tratar bem” como significado para o serviço humanizado:

*“Humanização significa tratar bem o usuário, com respeito”*

E6, masculino, 34 anos.

*“Receber bem e atender com dignidade”*

E7, feminino, 54 anos.

*“Dar atenção às pessoas, tratar bem, ser educada, e principalmente gostar do que faz”*

E11, feminino, 27 anos.

*“Significa cuidar da pessoa com toda atenção, como um ente querido, com respeito e cuidado”*

E13, masculino, 33 anos.

Nesse aspecto, os profissionais expressam uma visão limitada sobre a humanização da atenção, a qual se relaciona com a percepção moral de assistência à saúde como ação caritativa. Esse discurso, historicamente estabelecido, identifica o paciente como elemento social desprovido de direitos, o qual dependia de instituições de caridade e trabalho voluntário dos profissionais que nelas atuavam para o atendimento de suas necessidades de saúde<sup>18</sup>. Entretanto, com a estruturação político-social da saúde como um direito de cidadania, a compreensão da humanização enquanto dimensão técnica da

atenção à saúde favorece a corresponsabilização na relação de cuidado, uma proposta transversal da PNH<sup>5,6</sup>.

Embora o processo de humanizar a relação com as pessoas exija do trabalhador de saúde uma postura que valorize a sensibilidade como elemento contributivo do cuidar, a percepção da humanização, enquanto estrutura política, nacionalmente estabelecida, enfatiza que a relação de cuidado não significa um ato de caridade exercido por profissionais abnegados. Outrossim, representa um atributo técnico que deve estruturar a assistência em saúde, representada no encontro de agentes (profissionais de saúde e usuários dos serviços) capazes de construir uma relação saudável de troca de saberes e experiências, onde o usuário do SUS é visto como um cidadão, munido de direitos e deveres<sup>5,6,19</sup>.

Todavia, a empatia revelada entre as perspectivas dos participantes do presente estudo remete ao estabelecimento de vínculos solidários entre profissionais e usuários, aspecto aludido na PNH como elemento fundamental na humanização da assistência<sup>5</sup>.

#### 3.4 ATENDER DE FORMA INTEGRAL

No contexto da PNH, a humanização da atenção à saúde envolve um conjunto ações visando a abordagem dos usuários de acordo com a amplitude de suas necessidades em saúde, promovendo a integralidade da atenção. A integralidade da atenção representa importante princípio norteador do SUS, entretanto, ela é, por vezes, entendida como um conceito abstrato. Nesse sentido, a humanização colabora para que a integralidade da atenção se torne visível e mensurável<sup>20</sup>.

Os participantes expressaram a compreensão da humanização articulada com a atenção integral:

*“Significa olhar, cuidar do próximo como um todo”*

E4, feminino, 31 anos.

*“Seria atender de forma integral”*

E5, masculino, 31 anos.

*“Olhar o paciente na sua totalidade, como uma pessoa, não sua doença”*

E8, feminino, 30 anos.

De acordo com o princípio da integralidade, a APS deve viabilizar a efetividade das práticas de saúde que possibilite ao cidadão o direito de ter uma equipe que lhe assista e com a qual possa estabelecer vínculos terapêuticos, baluarte do processo de corresponsabilização do cuidado<sup>21</sup>.

A PNH parte de conceitos que visam a reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. Na gestão participativa, busca-se a implementação de instâncias colegiadas, valorizando o trabalho em equipe e democratizando os processos decisórios entre gestores, trabalhadores e usuários. No campo da atenção, têm-se como diretriz fundamental a integralidade da assistência<sup>5</sup>.

### 3.5 COMO EXERCER A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA APS

Em relação ao tema da humanização da assistência de enfermagem na APS, foram identificadas as seguintes categorias: *“Procurando solucionar as necessidades dos pacientes”* e *“Com acolhimento”*.

### 3.6 PROCURANDO SOLUCIONAR AS NECESSIDADES DOS PACIENTES

Os participantes expressaram o enfoque nas necessidades dos pacientes, enquanto perspectiva norteadora da assistência:

*“Desenvolvo da melhor maneira possível, prestando assistência conforme a necessidade”*

E7, feminino, 54 anos.

*“Tentando ou resolvendo os problemas trazidos pelos pacientes”*

E8, feminino, 27 anos.

*“Buscando a resolutividade para os problemas dos pacientes”*

E10, masculino, 32 anos.

A atenção à saúde orientada por problemas apresentados pelos usuários contribui para a abordagem da humanização da assistência e satisfação dos profissionais e da população assistida. Entretanto, o conceito de “cuidado centrado no usuário” se aproxima melhor do cuidado proposto na APS, ao passo que, para além do enfoque em problemas existentes, aborda o usuário a partir de um olhar psicossocial, integrando os múltiplos fatores que determinam o processo saúde-doença. Nessa perspectiva, características individuais dos pacientes, questões familiares e ambientais são contempladas e a tomada de decisão é compartilhada<sup>22</sup>. Portanto, a atenção centrada no paciente pode ser usada como ferramenta facilitadora de um modelo de gestão humanizada na APS.

Nesse sentido, a construção da política de humanização é entendida como uma política que opera transversalmente em toda a rede SUS, a fim de evitar as relações



verticais em que são estabelecidas normativas pautadas em índices a serem cumpridos e em metas a serem alcançadas, perspectiva que favorece a resolutividade e qualidade da assistência<sup>6</sup>.

### 3.7 COM ACOLHIMENTO

Os participantes descreveram de forma prática sua atuação sobre o acolhimento na assistência oferecida, expressando alinhamento com o proposto nesta diretriz da PNH:

*“Com acolhimento de qualidade, para que o paciente sinta meu interesse em ajudar”*

E4, feminino, 31 anos.

*“Dando atenção; sendo educada; tentando tirar dúvidas; atendendo sem pressa”*

E11, feminino, 27 anos

*“Recebendo bem a pessoa, com atenção e respeito; explicando todos os procedimentos”*

E13, masculino, 33 anos.

*“Procurando ser educada, atenciosa, ética, resolutiva, mostrando interesse pelo cliente de forma integral”*

E14, feminino, 31 anos.

Acolher o usuário no serviço de saúde requer atenção, respeito e empatia dos profissionais, além de responsabilização mútua para a promoção do bem-estar integral. É oportuno destacar que o acolhimento vem merecendo destaque em todos os níveis de cuidado do SUS, especialmente na APS<sup>23</sup>. Nesse sentido e com base nas falas dos enfermeiros, é possível apontar a importância da escuta qualificada no processo do acolhimento e desenvolvimento da humanização da assistência, pois se configura como uma ferramenta de interação humana para a construção da relação enfermeiro-paciente, baseada nas dimensões técnica, humanística e ética<sup>24</sup>.

O acolhimento gera relações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado. Dentro da PNH, o acolhimento é identificado como um dispositivo para proporcionar mudanças nas práticas de saúde, com o objetivo de atender às necessidades dos pacientes, bem como envolvê-los efetivamente no processo de cuidar<sup>6</sup>.

### 3.8 FATORES LIMITANTES DO CUIDAR HUMANIZADO

Em relação ao questionamento sobre os fatores que dificultam a humanização da assistência na APS, foram identificadas duas categorias de análise: *“Desvalorização do profissional”* e *“Elevada demanda e insuficiência de recursos materiais e humanos”*.

### 3.9 DESVALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL

A desvalorização do profissional de enfermagem é um dos fatores mencionados como dificultador para a humanização da assistência, conforme representado nas respostas seguintes:

*“A desvalorização do profissional por parte dos gestores (...)”*

E2, feminino, 34 anos.

*“Baixos salários, funcionários insatisfeitos”*

E12, masculino, 30 anos.

Em coerência com a percepção dos enfermeiros sobre o entrave representado, a PNH almeja a valorização dos trabalhadores, por meio de transformações no âmbito da produção dos serviços e da produção de sujeitos, através de processos de mobilização e autonomia. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de enfrentar o subdimensionamento profissional, lacunas na determinação legal da jornada de trabalho e piso salarial, além de fatores sócio-históricos ligados à profissão, tais como predominância feminina e respectiva reduzida ocupação de espaços de poder, dupla jornada de trabalho, origem social e cultural<sup>25,26</sup>.

O trabalho é uma atividade humana, no qual aspectos físicos e psíquicos estão diretamente relacionados, podendo tanto representar equilíbrio e satisfação, quanto causar tensão e, conseqüentemente, adoecimento do trabalhador<sup>3</sup>. Em contraposição ao processo histórico de baixo investimento na qualificação dos trabalhadores no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, postura que desfavorecia o processo comprometido com as práticas de saúde, a teoria emitida pela PNH no SUS compreende que a valorização dos trabalhadores é estratégica para humanizar a atenção, com responsabilização e vínculo, para o avanço da democratização da gestão e do controle social participativo<sup>5,6</sup>.

A remuneração insatisfatória da categoria de enfermagem favorece, em muitos casos, que os profissionais assumam dupla jornada de trabalho, o que pode prejudicar a qualidade da assistência<sup>3</sup>. Nesse contexto, uma das diretrizes da PNH se dirige para promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, trabalho em equipe e processos de educação permanente de qualificação dos trabalhadores<sup>6</sup>.

### 3.10 ELEVADA DEMANDA E INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

Juntamente com a falta de incentivo e desvalorização do profissional, há uma sobrecarga de trabalho nas unidades de saúde em função do subdimensionamento profissional<sup>26</sup>. Essa elevada demanda de pessoas para atender pode desfavorecer a qualidade dos serviços. Tais aspectos podem ser representados nas seguintes falas:

*“A demanda é muito grande e há pouco profissional para atender”*

E7, feminino, 54 anos.

*“O que dificulta é o fato da URAP receber grande demanda e muitos dos profissionais ficarem sobrecarregados, tendo que atender muitos clientes, não conseguindo, assim, oferecer toda a atenção que o cliente necessita”*

E14, feminino, 31 anos.

No Brasil, o direito à saúde é garantido a todos os cidadãos, indiscriminadamente, através do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que determina a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas que promovam o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde<sup>27</sup>.

No entanto, a falta de recursos pode comprometer o cumprimento dos princípios e direitos estabelecidos pelo SUS, resultantes de erros de gestão. A falta de recursos humanos e técnicos na área da saúde abre uma lacuna no processo de cuidar, prejudicando a qualidade da assistência<sup>28</sup>.

*“Falta de recursos humanos e materiais”*

E2, feminino, 34 anos.

*“Falta de condição de trabalho (insumos, medicamentos, equipamentos)”*

E3, masculino, 39 anos.

*“Número de profissionais insuficientes”*

E4, feminino, 31 anos.

*“Existe a falta de investimentos”*

E10, masculino, 32 anos.

*“Falta de estrutura”*

E15, feminino, 39 anos.

*“As condições de trabalho”*

E16, feminino, 33 anos.

No cotidiano da atenção à saúde, os trabalhadores sofrem grande dificuldade para garantir um atendimento orientado pela perspectiva política da humanização. Geralmente, os profissionais de enfermagem se encontram inseridos em processos de trabalho muito precários. Além disso, sofrem alta carga de estresse em função de pressões produzidas pelas chefias superiores e usuários do serviço, provocando um trabalho mecanizado e prejudicando a construção de vínculos. Problemas organizacionais e condições de

trabalho estão relacionados às dificuldades dos enfermeiros, produzindo insatisfação no trabalho<sup>3,29</sup>.

#### **4 CONCLUSÃO**

O processo de humanização da assistência é de fundamental importância na relação profissional-paciente, favorecendo a garantia de um atendimento de qualidade em todos os níveis de complexidade do SUS. A humanização da assistência em Atenção Primária à Saúde foi identificada pelos participantes através de conceitos coerentes com a Política Nacional de Humanização do SUS, no que diz respeito aos aspectos de resolutividade, acolhimento e integralidade da assistência. Por outro lado, foram observadas percepções vinculadas à visão tradicional caritativa da assistência de enfermagem, a qual perpassa aspectos sociais e históricos desta profissão. De acordo com estes resultados, é reforçada a necessidade de uma abordagem ampliada da humanização da atenção, dialogando com a interrelação entre as condições de trabalho de enfermeiros atuantes em serviços de APS e a garantia do direito à saúde dos usuários do SUS.

## REFERÊNCIAS

1. Azambuja EP, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. *Texto contexto - enfermagem*. 2007; Florianópolis, 16(1): 71-79.
2. Backes DS, et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(1): 223-230.
3. Ozanam MAQ, et al. Satisfação e insatisfação no trabalho dos profissionais de enfermagem. *Braz. J. of Develop.* 2019; Curitiba, 5(6): 6156-6178.
4. Dias NTC, Costa AMB, Martinez MR. A humanização como estratégia de gestão de pessoas para os profissionais da enfermagem: ensaio teórico reflexivo. *Braz. J. of Develop.* 2020; Curitiba 6(2): 7762-7775.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS-Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Beck CLC, et al. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2009; 30(1): 54-61.
8. Baroln L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1997.
9. Costa FM, Vieira MA, Sena RR. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2009; 62(1): 38-44.
10. Mendes IAC, Trevizan MA. In the absence of light, the Nursing Now lighthouse illuminates the future. This editorial refers to the call “Nursing Now and Nursing in the Future”. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2020; 28 [Acessado 22 Jan 2022], e3356. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3356>>.
11. Dussault G. From subordination to complementarity?. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [online]. 2020; 28 [Acessado 22 Jan 2022], e3355. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3355>>
12. Oliveira APC. State of Nursing in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2020; 28 [Acessado 01 Abr 2021], e3404. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3404>>.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Ministério da Saúde: 2017.
14. Cunha CRH, et al. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(4): 1313-1326.
15. Almeida PF. Atenção primária à saúde no Brasil e os 40 anos de Alma-Ata: reconhecer os desafios para seguir adiante. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(8): e00136118.
16. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(4): 1475-1482.
17. Thume E, et al. Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde - avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018; 42(n.spe1): 275-288.
18. Junges JR et al. The moral vision of professionals at a primary healthcare unit and humanization. *Interface - Comunic., Saude, Educ*. 2011; 15(38): 755-62.
19. Martins CP, Luzio CA. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60): 13-22.
20. Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2010; 15(1) [Acessado 22 Mar 2022], 255-268. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100031>>.
21. Fertoni HP, et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2015; 20(6) [Acessado 22 Mar 2022], 1869-1878. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>>.
22. Dois A, Bravo P, Soto G. Atributos y características de los principios orientadores del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria desde la perspectiva de expertos en APS. *Rev. méd. Chile*. 2017; 145(7): 879-887.
23. Duarte WBA, Falcão TML, Beltrão AB. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a transformação do acolhimento na atenção básica. *Saúde em Debate* [online]. 2017; 41(115) [Acessado 17 Ago 2021], 1061-1074. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711506>>.
24. Silva, et al. Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2017; 37(2) [Acessado 17 Agosto 2021], 404-417. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703001452015>>.
25. Dias MO, et al. Percepção das lideranças de enfermagem sobre a luta contra a precarização das condições de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*

[online]. 2019; 53 [Acessado 17 Ago 2021], e03492. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018025503492>>.

26. Laitano ADC, et al. Precarização do trabalho da enfermeira: militância profissional sob a ótica da imprensa. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2019; 32(3) [Acessado 17 Ago 2021], 305-311. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201900042>>.

27. Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.

28. Santos LC, Andrade J, Spiri, WC. Dimensioning of nursing professionals: implications for the work process in the family health strategy. *Escola Anna Nery* [online]. 2019; 23(03) [Acessado 17 Ago 2021], e20180348. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0348>>.

29. Garcia GPA, Marziale MHP. Satisfaction, stress and burnout of nurse managers and care nurses in Primary Health Care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2021; 55 [Acessado 17 Ago 2021], e03675. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019021503675>>.