

## HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM OLHAR SOBRE O TRABALHADOR DA SAÚDE

### HUMANIZATION IN PRIMARY HEALTH CARE: A LOOK AT THE HEALTH WORKER

Moabe Lemos Menezes, Luis Rogério Cosme Silva Santos

Universidade Federal da Bahia – UFBA

#### Abstract

*This study aims to know the main factors related to work processes that interfere on the effectiveness of the humanization policy in primary health care in Brazil. In the methodological aspect, it is a qualitative-descriptive study from a Systematic Review. A data collection was based on the selection of articles from surveys conducted in the Virtual Health Library. Were found that most studies identify important factors that jeopardize the execution of the National Policy of Humanization, such as: humanization design, working conditions, and health management in primary care. It is concluded that the main impairing factors in the effectiveness of this policy were the working conditions and an improper health management conducts.*

**Key words:** Humanization of assistance. Primary Health Care. Working Conditions.

#### Resumo

*O presente estudo tem como objetivo conhecer os principais fatores relacionados aos processos de trabalho que interferem na efetivação da política de humanização na atenção primária a saúde no Brasil. No aspecto metodológico trata-se de uma Revisão Sistemática. A coleta de dados baseou-se na seleção de artigos com pesquisas realizadas na Biblioteca Virtual em Saúde. Constatou-se nos estudos selecionados a identificação de fatores importantes que interferem na efetivação da Política Nacional de Humanização, tais como: concepção de humanização, formação profissional, condições de trabalho e gestão em saúde na atenção primária. Conclui-se que os principais fatores interferentes na efetivação desta política foram as condições de trabalho e os inadequados modos de gestão em saúde.*

**Palavras chave:** Humanização da Assistência. Atenção Primária à Saúde. Condições de Trabalho. Gestão em Saúde.

## Introdução

No Brasil são recentes as discussões em torno da humanização do cuidado em saúde. Somente em 2003, o Estado brasileiro, por meio do Ministério da Saúde, instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH é uma política pública que perpassa transversalmente as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS<sup>1</sup>. A PNH tem como objetivo reformular as práticas de saúde, priorizando a autonomia dos diversos atores no campo da saúde, desde o planejamento até o cuidado direto aos usuários de forma multidisciplinar e intersetorial<sup>2</sup>.

Na atenção primária, a humanização dá-se por meio do acolhimento qualificado e impõe-se como desafio, uma vez que não deve prescindir do envolvimento dos distintos atores para a sua efetivação. A temática está inscrita nas principais pautas de debates da política de saúde no Brasil no contexto atual<sup>3</sup>. Assim, o Ministério da Saúde a incorporou como uma política transversal dentro do sistema, tendo a humanização como uma de suas estratégias para viabilização do “SUS que dá certo”<sup>8</sup>.

A PNH, como salienta Santos Filho, Barros e

Gomes<sup>2</sup> é uma iniciativa de natureza ético-estética e política. Os aspectos ético e político da PNH se assentam na atitude comprometida e na corresponsabilidade entre os atores que conformam o cuidado: gestores, trabalhadores da saúde e os usuários<sup>2</sup>.

A PNH cumpre um papel modelador do arcabouço ideológico, teórico e operacional nas organizações dos serviços de saúde na busca da humanização do processo de produção do cuidado. A partir da PNH, o trabalho e o trabalhador passam a ganhar centralidade nos estudos. Trata-se de um expressivo avanço, à medida que considera além dos direitos dos usuários e trabalhadores de saúde uma proposta de aprimoramento organizacional dos serviços<sup>4</sup>.

Nessa direção, Campos<sup>5</sup> ao analisar a importância da cogestão de coletivos reafirma a vertente humanística das relações sociais no trabalho na saúde em um dado território. Tal vertente apresenta-se como fator organizacional antitaylorista a refletir-se no processo de trabalho na saúde e sobre a qual deve assentar-se toda proposta humanizadora e emancipadora em relação ao cuidado (Figura 1)<sup>5,6,7</sup>.

Figura 1 - Pressupostos para humanização



Em geral, no cotidiano dos serviços, a Humanização em Saúde é focada na assistência – humanização para com um “consumidor final” (usuário). Contudo, secundariza-se a sua aplicabilidade aos trabalhadores da saúde e reduzindo o seu conceito ao usuário. Segundo o Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde “[...] o ‘alvo’ dessas ações [de humanização] é, grande

parte das vezes, o usuário do sistema, que, em razão desse olhar, permanece como um objeto de intervenção do saber do profissional. Raras vezes o trabalhador é incluído e, mesmo quando o é, fica como alguém que ‘também é ser humano’ (!) e merece ‘ganhar alguma atenção dos gestores’”<sup>15</sup>.

A viabilização da PNH não deve prescindir da busca da integralidade e da multidisciplinaridade.

Ressalta-se que um SUS humanizado é aquele que reconhece o outro como legítimo cidadão de direitos, com a valorização dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde<sup>11</sup>, não somente o usuário. Ademais, o usuário como objeto e objetivo central do cuidado só pode ter seu direito ao acolhimento contemplado se os agentes que devem promover tal acolhimento estiverem também acolhidos em suas necessidades.

Questões são levantadas no sentido de fortalecer o papel do trabalhador da saúde para melhor eficiência na operacionalização da política: “E por que falar em humanização quando as relações estabelecidas no processo de cuidado em saúde se dão entre humanos? Estaríamos com esse conceito querendo apenas ‘tornar mais humana a relação com o usuário’, dando pequenos retoques nos serviços, mas deixando intocadas as condições de produção do processo de trabalho em saúde?”<sup>15</sup>.

Observa-se então, que mesmo em meio a um contexto que prioriza participação dos distintos atores e o aperfeiçoamento do modo de gestão, a concretização da PNH tem consistido em experiências que fazem eclodir divergências e contradições contra seus próprios princípios, diretrizes e valores.

A cogestão como preconizada na proposta da PNH faz parte da construção de Humanização dos processos de trabalho em saúde. Essa medida permite ao trabalhador participar do planejamento, organização, direção e controle dos processos operacionais nos quais está inserido, exercendo um mínimo de autonomia capaz de motivá-lo. Priorizam-se, desse modo, as condições de trabalho e o trabalhador como agente ativo da humanização.

Estudos, porém, evidenciam o desgaste de profissionais de saúde tendo como fatores desencadeantes o ambiente, condições e processos de trabalho. Nessa direção, muitas vezes a unidade de saúde configura-se como espaço desumanizador, produtor de doença e desmotivação, com conseqüente impacto sobre a PNH<sup>16</sup>.

Alguns autores apontam para uma lógica produtivista, na qual o trabalhador é posto na condição de mero instrumento/objeto na linha de produção do cuidado para atingir fins pautados na quantidade de procedimentos e muito menos na qualidade da assistência<sup>5,9,14</sup>. Como uma espécie de operário da saúde, o trabalhador é forjado para atuar como objeto alienado no sistema operacional, coisificado e atropelado em sua dignidade humana, fadado a

atingir meramente as finalidades do processo de produção.

Nesse aspecto, buscou-se com o presente estudo identificar quais os fatores que influenciam a efetivação da política de humanização dos processos de trabalho em saúde na atenção primária, tendo por parâmetro a produção científica nos últimos anos.

## Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório descritivo. Para realização desta pesquisa foi utilizado como modelo metodológico a Revisão Sistemática (RS). Entende-se por RS uma forma de pesquisa criteriosa que reúne dados da literatura sobre determinado tema por meio da qual se busca identificar, avaliar, selecionar e sintetizar evidências de estudos empíricos que atendam a critérios de elegibilidade predefinidos. Por meio desse método, é possível fazer um levantamento de trabalhos e análise de conteúdos extraídos em pesquisas de áreas afins, obedecendo um protocolo de pesquisa que contém a escolha das bases de dados, a definição dos descritores, assim como critério de inclusão dos achados e critérios de exclusão dos mesmos<sup>17</sup>.

A RS consiste numa revisão voltada à minimização de vieses a fim de garantir a imparcialidade no alcance de subsídios fidedignos para abordagem do tema culminando numa integração interpretativa dos resultados. Essa integração deve ir além da soma das partes, uma vez que oferece uma nova interpretação dos resultados assim como integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre a temática, que podem apresentar resultados conflitantes e/ou coincidentes, bem como identificar temas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras<sup>18</sup>.

Através desta estratégia metodológica buscamos responder a seguinte indagação científica: Quais os fatores que influenciam a efetivação da política de humanização dos processos de trabalho em saúde na atenção primária?

## Bases e estratégias de busca

Para responder a pergunta científica realizou-se uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A BVS é uma Rede de redes, cujo acervo é composto por dezenas de bases de dados. A pesquisa retornou

trabalhos da LILACS MEDLINE e BDNF – Enfermagem.

A busca dos artigos nas bases eletrônicas foi realizada por meio da combinação dos descritores validados terminologicamente nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Humanização da Assistência; Atenção Primária à Saúde. Esses descritores foram combinados em pares com a utilização do operador booleano AND. Selecionou-se a possibilidade de encontrá-los em títulos, resumo e/ou assunto dos trabalhos.

### Critérios de seleção

Para a seleção dos estudos, dois pesquisadores independentes adotaram como critérios de inclusão artigos de pesquisa publicados em periódicos nacionais e internacionais, nos idiomas inglês, português e espanhol, e Brasil na opção país/região como assunto, publicados entre os anos de 2004 (ano

que sucedeu a publicação da PNH) e 2015.

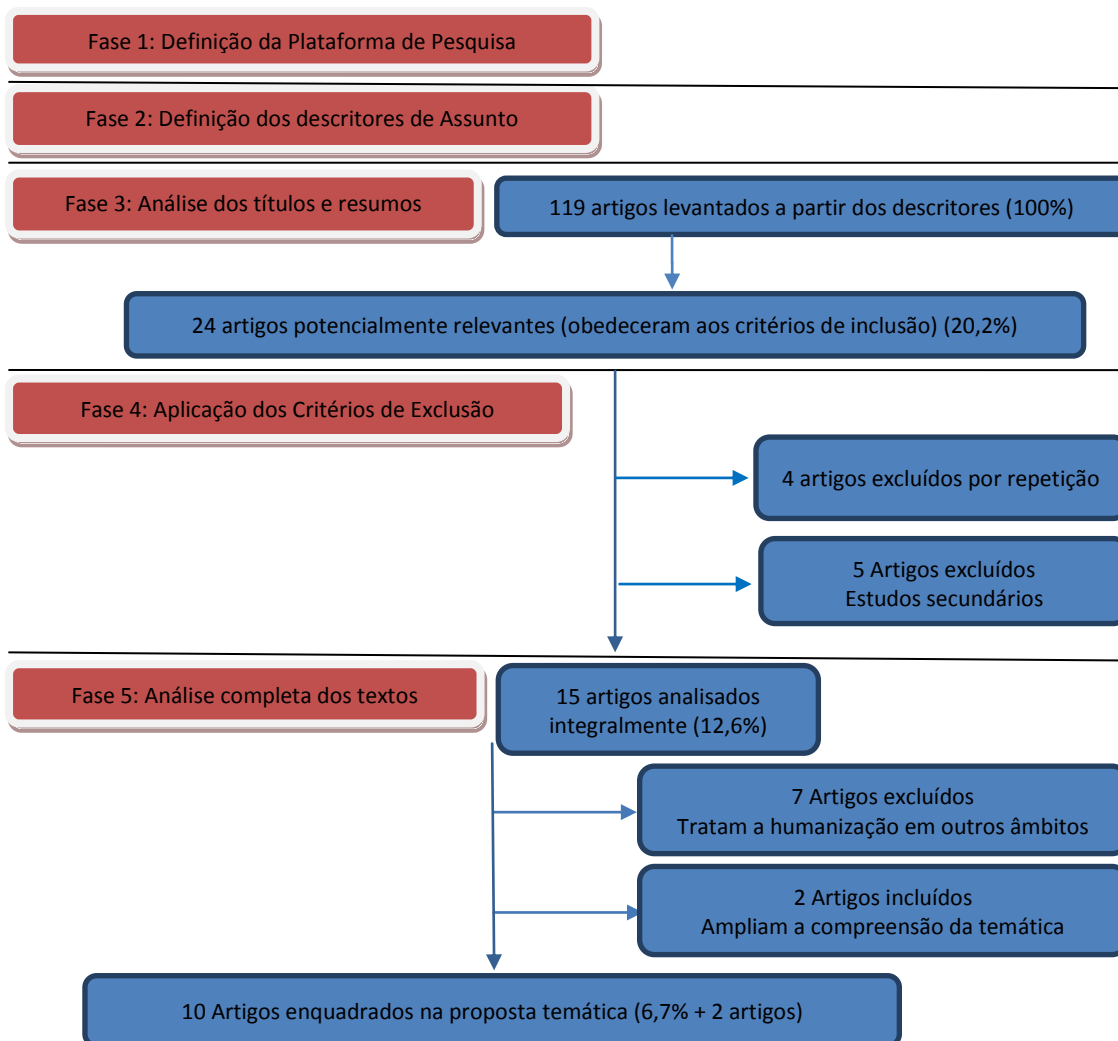
Ainda como critério de inclusão, optou-se pelos artigos científicos em formato completo e disponíveis *online*. Não houve inclusão da literatura cinzenta e nem discordâncias entre os pesquisadores na seleção dos artigos.

Foram excluídos estudos repetidos, secundários e/ou cuja abordagem fosse a humanização em âmbitos que não permeassem a temática humanização na assistência e nos processos de trabalho na atenção primária à saúde.

Artigos não retornados na pesquisa, mas pertinentes à temática, foram incluídos com a finalidade de ampliar a compreensão dos fatores.

A coleta e análise dos estudos foram realizadas entre os meses de março e junho de 2015. Todas as publicações selecionadas foram lidas na íntegra, sendo sistematizadas suas principais características e afinidades com a proposta deste trabalho (Figura 2).

Figura 2 - Etapas do processo de busca e seleção



## Resultados

Os resultados encontrados representam uma amostra do que vem sendo concebido cientificamente sobre a humanização do trabalho na APS. Chama a atenção que foram encontradas publicações sobre a temática somente seis anos após publicação da PNH.

Tendo por parâmetro os descritores

selecionados, 119 trabalhos retornaram para a pesquisa. Aplicados os critérios de exclusão, 8 artigos enquadraram-se na proposta do estudo. Dois foram agrupados por serem referências importantes. Destes, 7 artigos trouxeram percepções de gestão, abordaram as condições de trabalho, 5 destacaram aspectos conceituais, e 2 discutiram sobre a formação em saúde para a humanização.

Quadro 1 - Distribuição da literatura utilizada conforme objetivo do estudo

Ordem	Tipo de artigo	Periódico	Autores e ano	Objetivo	Sujeitos e local	Fatores que interferem na humanização
1	Relato de Experiência	Physis Revista de Saúde Coletiva	Guedes, Pitombo e Barros <sup>24</sup>	Apresentar a experiência de um curso de formação voltado para gestores e trabalhadores do sistema de saúde de um município no Estado do Rio de Janeiro.	Gestores e trabalhadores do sistema de saúde de um município no Estado do Rio de Janeiro	Conceito, Gestão e Formação.
2	Estudo qualitativo	Revista de Saúde Pública	Nascimento <sup>26</sup>	Avaliar práticas de saúde bucal coletiva de dois modelos diferentes de saúde da família.	Cirurgiões-dentistas que trabalham na Estratégia de Saúde da Família em Campinas e Curitiba.	Gestão, Condições de Trabalho e Formação.
3	Estudo qualitativo	Revista de Saúde Pública	Santos, Oliveira, Crepaldi e Da Ros <sup>2</sup>	Analisar o modelo de atuação de coordenadores de grupos de promoção da saúde em unidades básicas de saúde vinculadas à formação de profissionais.	Coordenadores de grupos de promoção da saúde em unidades básicas de saúde vinculadas à formação de profissionais em Florianópolis.	Gestão
4	Avaliação da implantação de programa	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	Vieira-da-Silva <sup>25</sup>	Avaliar e monitorar a implantação de um projeto voltado para a ampliação do acesso e a humanização do acolhimento aos usuários da rede básica de Salvador, entre novembro de 2005 e maio de 2008.	Usuários, Profissionais, Gerentes e Coordenadores da Rede Básica de Saúde de Salvador.	Conceito e Condições de Trabalho
5	Pesquisa qualitativa	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Gomes, Caprara, Landim e Vasconcelos <sup>20</sup>	Compreender o encontro no âmbito da atenção primária à saúde, pensando a relação médico-paciente em termos hermenêuticos, a partir da construção de novos horizontes normativos no plano dos valores éticos e morais com vistas à humanização da saúde.	Médicos e pacientes de Fortaleza.	Conceito e Condições de Trabalho
6	Pesquisa qualitativa	Ciência & Saúde Coletiva	Araújo e Pontes <sup>23</sup>	Compreender a constituição de sujeitos no campo da gestão em saúde a partir de uma experiência em gestão da saúde no município de Fortaleza (CE), no período de 2005 a 2008.	Gestores vinculados à Atenção Primária à Saúde em Fortaleza.	Gestão e Condições de Trabalho

Continua...

...continuação.

7	Pesquisa descritivo-exploratória com abordagem qualitativa.	Rev. APS.	Baião <sup>19</sup>	Abordar a questão da ambiência e da valorização dos profissionais, com a finalidade de melhorar o ambiente e o processo de trabalho, fortalecendo, assim, o vínculo e o acolhimento.	Profissionais que trabalhavam na unidade de saúde e usuários escolhidos aleatoriamente no Distrito Federal.	Conceito, Gestão e Condições de Trabalho
8	Pesquisa qualitativa	Interface Comunicação, Saúde, Educação	Shimizu e Martins <sup>22</sup>	Analisar as experiências de processo de desenvolvimento do apoio institucional em unidades de AB, com a finalidade de destacar os movimentos instituídos e instituintes que ocorram no desenvolvimento do processo de trabalho.	Equipe da gestão, com os profissionais e trabalhadores de três unidades da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal.	Conceito, gestão e Condições de Trabalho.
9	Estudos de casos múltiplos de abordagem qualitativa	Ciência & Saúde Coletiva	Trad e Rocha <sup>16</sup>	Analisar a humanização no trabalho no contexto do Programa Saúde da Família.	Profissionais de PSF	Condições de Trabalho.
10	Descrição de método	Cadernos de Saúde Pública	Campos <sup>6</sup>	Descrever um novo Modelo de Gestão para Sistemas e Estabelecimentos de saúde.		Gestão em Saúde

## Discussão

Os objetivos dos estudos avaliados foram diversificados e as amostras selecionadas foram heterogêneas ao contemplarem as opiniões dos principais atores responsáveis pela operacionalização da PNH: usuários, trabalhadores e gestores.

Sistematicamente, os trabalhos selecionados apontam como fatores contribuintes para a humanização, a concepção de humanização, gestão em saúde na Atenção Primária, formação profissional e as condições de trabalho.

## Concepção de humanização

A análise do conceito de humanização adotado pelos diversos atores (gestores, equipes e usuários) é oportuna vez que o modo que a humanização é percebida pode influenciar sobremaneira a assistência à saúde. Baião<sup>19</sup> critica como a ideia de humanização vem sendo “relacionada a uma série de valores vagos e incertos, como dignidade humana, remetendo à definição genérica do humanismo clássico, ou valores do senso comum relacionados à bondade ou altruísmo”.

Gomes<sup>20</sup> expõem contrapontos de concepções entre usuários e profissionais médicos sobre o tema. Em seu estudo, de um lado os usuários afirmam que o médico deve ser sensível e aceita-los como pessoas humanas. Do outro lado, os profissionais relatam que devem possuir atributos pessoais de educação, cortesia, saber clínico e paciência para um atendimento humanizado. Concepções válidas, uma vez que o Ministério da Saúde, com a implementação da PNH, prioriza o atendimento com qualidade. Contudo, é imprescindível reconhecer que a qualidade almejada só pode ser obtida mediante a integralidade da assistência, além de outros fatores a ela correlacionados<sup>21</sup>.

É importante reafirmar que, apesar do caráter fragmentário dessas concepções, elas apresentam semelhança no que se refere ao acolhimento como uma diretriz do processo de trabalho em saúde centrado no interesse do usuário e priorizando a humanização do atendimento<sup>19</sup>. Porém, é infeliz a insipiência nestas compreensões da importância da humanização da organização, processos e condições gerais de trabalho como preconiza a PNH.

Para Shimizu e Martins<sup>22</sup> grande parte das dificuldades em assimilar a proposta da gestão

participativa no processo de trabalho advém do modelo taylorista do processo de trabalho, no qual os trabalhadores têm pouca reflexão sobre o uso de si, bem como de apropriar-se do que produzem, de sua obra.

### Gestão em saúde na Atenção Primária

A política idealiza a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão nas diferentes instâncias do SUS, com ênfase na participação do trabalhador de saúde nos processos de gestão, como garantia do cumprimento do ato humanizar na saúde.<sup>11</sup> Porém, dentre os principais desafios enfrentados nas organizações de saúde, destaca-se a necessidade de ser impresso novos modos de gestão em saúde, na qual se opte pelo humano<sup>23</sup>.

Para Peter Drucker<sup>13</sup>, “Não sabemos administrar o emprego com o conhecimento afim de que ele deseje contribuir e realizar. Mas sabemos com certeza que ele precisa ser administrado de modo bastante diverso daquele pelo qual administramos o trabalhador manual”.

Guedes, Pitombo e Barros<sup>24</sup> afirmam que um dos entraves nas práticas de saúde relaciona-se aos modos verticalizados de gestão e na dissociação entre os modelos de atenção (modos de cuidar) e os modelos de gestão (modos de gerir). Trata-se de uma dicotomia na gestão em que os gestores planejam e pensam a ordenação do sistema de saúde, e os trabalhadores meramente executam e operacionalizam os planejamentos formulados por outros. Para estes autores, se faz necessária ainda uma escolha ético-política com base nas diretrizes e princípios da PNH. Tais dispositivos apontam a impossibilidade de separar a gestão e produção do cuidado em saúde.

Araújo e Pontes<sup>23</sup> consideram plausível optar pelo "humano" por meio da criação de espaços de participação, reflexão e conhecimento – promovendo diálogos. Shimizu e Martins<sup>22</sup> mostram que trabalhadores podem se sentir desrespeitados quando não são consultados nas tomadas de decisão da gestão. Percebe-se a predominância de uma humanização de “faz de conta” no que concerne ao trabalhador da saúde. Observa-se nesse quesito a preocupação da gestão em promover ambientes participativos, sob a frágil justificativa de que tal opção desperte nos trabalhadores a necessidade de maior integração e responsabilidade pelo processo de promoção a saúde<sup>19</sup>. Tem-se, outra vez, a ênfase na humanização do cuidado e não das condições de

trabalho, fundamental para um cuidado humanizado.

Baião<sup>19</sup> salientam que a consolidação do SUS a partir da PNH deve englobar participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários. Para esta conquista, Guedes, Pitombo e Barros<sup>24</sup> propõem a recusa dos desejos de tirania e autoritarismos presentes nas organizações dos serviços de saúde, estruturados em modos verticalizados de gestão. Afinal, a PNH fez e tem feito investimentos teóricos e práticos para contribuir com a mudança no modelo de atenção, sobretudo para imprimir a humanização, na gestão e atenção, considerando-as indissociáveis<sup>22</sup>.

Com base nos estudos, observa-se a pertinência no contexto da Atenção Primária à Saúde de uma maior autonomia das equipes básicas dos centros de saúde. Tanto no que diz respeito à humanização dos sujeitos quanto para trazer o “processo de trabalho em consonância com as particularidades de cada comunidade, e dando ênfase para o cuidado das pessoas mais vulneráveis”<sup>25</sup>. O olhar analítico dos trabalhadores sobre suas próprias práticas, permite criar e recriar seus modos de fazer e enfrentar o que se apresentava como real desempenho de suas atividades<sup>22</sup>. Para tanto, as rodas de gestão, arranjo de gestão inspirado no Método de Cogestão de Coletivos, promovem novas relações entre os protagonistas da saúde, baseadas na horizontalidade, descentralização do poder, autonomia, responsabilização e grupalidade das equipes<sup>23</sup>.

Gomes<sup>20</sup> salientam que até o modelo preventivista como vem sendo efetivado não é consoante com os princípios da PNH, uma vez que busca cumprir com seu propósito por meio do modelo biomédico, “o qual tem como finalidade mudar comportamentos individuais em condições de alienação e opressão”.<sup>20</sup> Tal modelo é destrutivo ao sistema por possuir uma baixa densidade política ao não realizar modificações nas relações sociais e deter uma alta densidade ideológica ao sustentar a atuação de indivíduos passivos em suas decisões e ignorantes de suas possibilidades.

Noutra direção, Campos<sup>5</sup> defende a necessidade de repor o sujeito no centro da vida, por conseguinte, na gestão em saúde por meio do Método de Cogestão de Coletivos, e assim romper com o alienante modelo taylorista, ainda não superado. As mudanças ocorridas com o advento de outras abordagens administrativas trouxeram apenas uma aparente ampliação de autonomia e participação dos trabalhadores.

Contudo, permanece o aprisionamento da vontade, a falta de autonomia e o poder "concentrado" apresentados de maneiras mais sutis no mundo do trabalho<sup>23</sup>.

Por fim, "trabalhar é gerir, é gerir junto com os outros"<sup>19</sup>. Tal assertiva traduz de modo adequado o propósito da cogestão<sup>19</sup>. Para estes, a gestão participativa, além de incluir o pensar e o fazer coletivo no controle do processo, "é uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores"<sup>19</sup>.

### Formação profissional

A formação é outro fator importante a ser destacado como contribuinte para efetivação da PNH. De acordo com Guedes, Pitombo e Barros<sup>24</sup> a formação profissional é inseparável das condições concretas do trabalho. Os profissionais de saúde são os principais atores do processo de mudança, muito embora a perspectiva cientificista secundarize o caráter político social dos processos formativos e descarte tudo que não é autorizado pela "ideologia científica", como as experiências e construções cotidianas dos trabalhadores<sup>26</sup>.

A perspectiva bancária de produção e transmissão do saber ainda se destaca. Trata-se de um fator que modela a formação profissional, e promove o enrijecimento do pensar e fazer dos atores. O método tradicional de ensino em saúde é demarcado pela transferência vertical de saberes, depositados cumulativamente, sequencialmente e hierarquicamente. Um processo de produção do conhecimento que consiste apenas na repetição. Assim, essas atividades formativas que produzam a partir de mesmas "fôrmas" precisam ser afastadas para que o formando possa alcançar êxito em realidades distintas<sup>27</sup>.

No lugar do modelo bancário de produção do saber, é necessário empregar um processo formativo que leve os participantes a assumir o papel de protagonistas de intervenções em suas realidades de trabalho, "buscando construir soluções inovadoras para seus problemas cotidianos relacionados à gestão e à organização da rede de saúde. Desse modo, disparar a incitação da produção de novas normas, novas formas de trabalho-vida"<sup>24</sup>.

Formação implica um processo transformador, estabelecendo uma relação indissociável entre o cuidado em saúde e os processos de gestão. Assim, o trabalhador de saúde carece assumir sua condição de protagonista do processo de trabalho, "como

alguém que planeja e executa, mesmo porque trabalhar é necessariamente gerir processos de trabalho, gerir modos de cuidar, e não apenas executar tarefas"<sup>24</sup>.

Os espaços de ensino devem priorizar investimentos em matéria de formação emancipadora e humanizadora para os trabalhadores do campo da saúde, pois são eles os principais atores do processo de mudança e qualificação do cuidado<sup>26</sup>. Merhy<sup>9</sup> explica que "o processo de trabalho em saúde está centrado na produção de procedimentos e não na produção do cuidado". Dessa forma, a lógica da produção interfere na qualidade da assistência.

Uma possível causa das discrepâncias nos processos de trabalho que tendem a afetar a PNH está na incorporação de teorias administrativas clássicas que valorizam a produtividade focada em procedimentos, sob organizações rígidas de trabalho que elevam a produção, mas diminuem a motivação em detrimento de práticas humanizadas<sup>16</sup>.

A administração moderna, por sua vez, busca o reconhecimento de pessoas como seres humanos que afetam e são afetadas no cotidiano do trabalho. Nessa direção, Chiavenato<sup>12</sup> reforça a importância da história particular do sujeito numa organização, seus conhecimentos, habilidades e competências indispensáveis à adequada gestão dos recursos organizacionais. Ou seja, "Pessoas como pessoas e não como mero recurso da organização"<sup>12</sup>.

Em suma, pessoas nas organizações de saúde não podem ser consideradas como meras engrenagens inanimadas constituintes da totalidade orgânica dos sistemas e seus respectivos processos de produção de serviços. Ao contrário, devem ser vistas como sujeitos, protagonistas na construção da saúde<sup>5,9</sup>. Estratégias para a humanização do cuidado não podem prescindir de tal abordagem.

O acolhimento, realizado essencialmente por pessoas e para pessoas, compreendido como estratégia de humanização modifica radicalmente o *modus operandi* na saúde. Isto porque o acolhimento associa as propostas de inclusão social e de defesa do SUS ao aparato técnico-operacional. Tal aparato contempla desde a reorganização dos serviços de saúde, que promove alterações no processo de trabalho, até a constituição de um novo modelo de gestão, que considera a autoanálise e a autonomia dos diferentes atores com vistas a modificar continuamente a estrutura da forma de gestão na unidade de saúde<sup>14</sup>.



A impressão desses aspectos se faz imprescindível na formação profissional a fim de reforçar mudanças nas relações de trabalho e gestão na saúde, fatores de impacto para o efetivar da PNH no SUS.

### Condições de trabalho

As condições de trabalho desgastantes surgem como problemas centrais nos estudos recentes. Aliadas à falta de infraestrutura dos serviços, são fatores que comprometem a manutenção de um SUS humanizado. No campo profissional tendem a afetar a relação usuário-serviço, com a conseqüente desmotivação dos atores do cuidado no encontro clínico nas unidades<sup>20,25</sup>.

Vieira-da-Silva<sup>25</sup> relata vários problemas que implicam em inadequadas condições de trabalho: problemas trabalhistas variados (atraso no pagamento de salários e indefinição do tipo de vínculo no emprego); problemas na gestão de pessoal (má distribuição dos profissionais; remuneração variável e multiplicidade de vínculos); espaço físico inadequado em muitas unidades; dualidade de poder entre gerentes de terceirizadas e da rede própria; mudança de secretários de saúde, com modificações nas equipes dirigentes. Destaca-se ainda o não pagamento de fornecedores e prestadores de serviços pelas prefeituras que afetam as condições de trabalho.

Gomes<sup>20</sup> relata problemas na organização dos serviços, como o tempo de espera prolongado, a falta de profissional médico e o difícil acesso a consultas, exames e medicamentos. Tais aspectos são considerados pelos pacientes um fator desfavorável o que propicia conflitos no processo do cuidado. Os profissionais explicam a situação a partir do excesso de demanda, do número insuficiente de trabalhadores de saúde nas equipes (principalmente médicos), da sobrecarga de trabalho e do tempo de consulta (de menos de 15 minutos), o que conforma um cenário prejudicial à humanização e à qualidade da atenção aos pacientes.

Os autores descrevem uma combinação de fatores que criam situações incongruentes com a proposta da Atenção Primária à Saúde e que desumanizam. Dentre eles, destacam-se uma inadequada organização da rede de serviços e da demanda; a escassez de profissionais médicos, a lógica de atendimento centrada no número de procedimentos, além do predomínio do modelo biomédico focado na doença e uso de tecnologia

dura<sup>9</sup>. Tais fatores, além de demonstrarem inconformidade à ideia de prevenção de doenças e promoção à saúde, mostram-se desumanizantes pelo descumprimento de direitos dos cidadãos, além de proporcionarem conflitos entre os atores inseridos no cuidado saúde<sup>20</sup>.

Gomes<sup>20</sup> destaca as condições de trabalho desfavoráveis ao processo humanizador do cuidado em saúde. Equipes incompletas imprimem a polivalência e a intensificação no trabalho mediante a baixa cobertura assistencial em paralelo com o excesso de demanda que deriva das necessidades sociais de saúde reprimidas no território<sup>6,16</sup>. Araújo e Pontes<sup>23</sup> reiteram esse achado ao identificarem que o acolhimento está comprometido na ausência de infraestrutura para a realização do que propõe a política de humanização no SUS.

A precariedade das condições de trabalho traz dificuldades para realizar o acolhimento. Neste delineamento destaca-se a carência de recursos humanos e materiais, sobrecarga de trabalho e o revezamento de funcionários, assumindo funções que nem sempre lhes foram destinadas. Outro ponto destacado foi a infraestrutura insipiente e a inadequação do local, o que dificulta a realização efetiva do acolhimento<sup>19</sup>.

Observam-se nos estudos falhas no sistema de saúde como um todo. A literatura aponta para as fragilidades sistemáticas que repercutem negativamente e prejudicam o bom andamento dos trabalhos e das relações com os usuários, não obstante o esforço dos profissionais de saúde<sup>16</sup>. De igual modo, Shimizu e Martins<sup>22</sup> pontuam a ocorrência de sobrecarga profissional e ativismo que geram conflitos nos relacionamentos interpessoais e impactam as relações com os usuários.

### Considerações Finais

Constatou-se que os estudos analisados no período de 2004 à 2015 apontam para a existência de múltiplos fatores que interferem na efetivação/operacionalização da PNH no Brasil. Apesar dos avanços nos campos teórico, normativo e organizacional, a humanização do cuidado carece de melhor incentivo para sua efetivação, de modo a contemplar as necessidades dos distintos atores, rompendo com as barreiras que dificultam a mudança da prática assistencial.

Destacam-se as condições de trabalho

insatisfatórias como fator importante para a desumanização do cuidado em saúde, presentes na maioria dos estudos selecionados na pesquisa.

Destaca-se também, o predomínio do modelo vertical de gestão em saúde como entrave à participação horizontalizada dos distintos atores na formulação e execução da política de humanização no SUS. Nesse aspecto, salienta-se a ausência de estudos que discutem o controle social como ferramenta de humanização do processo de produção do cuidado no Brasil.

Estudos no âmbito do trabalho, da gestão em saúde e estudos específicos para avaliação da implementação da PNH nos territórios devem ser realizados visando uma melhor compreensão do objeto aqui analisado.

### Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2.ed. 5. reimp. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 44 p.
2. Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A política nacional de humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface*. 2009; 13(supl.1):603-613. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500012>.
3. Conceição TS. A política nacional de humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. *SER Social*. 2009 jul./dez [acesso em 2014 novembro 9]; 11(25):194-220. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/>
4. Santos EM, Freitas PGS. Humanização na atenção primária à saúde: percepção de trabalhadores de uma unidade de saúde da família. 2014.
5. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2000; 5(2):219-230. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>.
6. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*. 1998 out; 14(4):863-870. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000400029>.
7. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 317 p.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 52p.
9. Merhy EE. A Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: Merhy EE. *Saúde a Cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: HUCITEC; 2007. p. 41-66.
10. Costa WS. Humanização, relacionamento interpessoal e ética. *Caderno de Pesquisas em Administração*. 2004 jan/mar [2014 novembro 10]; 11(1):17-21,. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/v11n1art2.pdf>
11. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
12. Chiavenato I. *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
13. Drucker P. *Uma era de descontinuidade: orientação para uma sociedade em mudança*, São Paulo: Círculo do livro S.A.; 1968.
14. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: Brito, JC. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1612-1614, Oct. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000500039&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500039&lng=en&nrm=iso).
15. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: 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.
16. Trad LAB, Rocha AARM. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011 mar; 16(3):1969-1980. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300031>.
17. Del-la-Torre-Urgate-Guanilo MC, Takahashi RF, Bertolozzi MR. Revisão sistemática: noções gerais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011; 45(5):1260-1266.

18. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev. Bras. Fisioter.* 2007 Feb [2014 novembro 10]; 11(1). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-35552007000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000100013&lng=en&nrm=iso)
19. **Baião BS**, Oliveira RA, Lima VVPC, Matos MV, Alves KAP. Acolhimento humanizado em um posto de saúde urbano no Distrito Federal, Brasil. *Rev. APS.* 2014 set [2015 maio 6]; 17(3). Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1870/820>
20. Gomes AMA, Caprara A, Landim LOP, Vasconcelos MGF. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. *Physis.* 2012 [2015 maio 6]; 22(3):1101-1119. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300014&lng=en&nrm=iso)
21. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saúde Pública* 2006 ;40(N Esp):73-8. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30625>
22. Shimizu HE, Martins T. O apoio institucional como método de análise-intervenção na Atenção Básica no Distrito Federal, Brasil. *Interface.* 2014 Dec [2015 maio 6]; 18(supl. 1):1077-1087. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000501077&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000501077&lng=en&nrm=iso)
23. Araujo CEL, Pontes RJS. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2012 Set [2015 maio 6]; 17(9):2357-2365. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000900016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900016&lng=en&nrm=iso)
24. Guedes CR, Pitombo LB, Barros MEB. Os processos de formação na política nacional de humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. *Physis.* 2009 [2015 maio 6]; 19(4):1087-1109. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312009000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000400010&lng=en&nrm=iso)
25. Vieira-da-Silva LM et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2010 Nov [2015 maio 6]; 10(Supl. 1):s131-s143. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000500012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500012&lng=en&nrm=iso)
26. Nascimento AC Moysés ST, Bisinelli JC, Moysés SJ. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. *Rev. Saúde Pública.* 2009 Jun [2015 maio 6]; 43(3):455-462. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300009&lng=en&nrm=iso)
27. Menezes MG, Santiago ME. Contribuição do pensamento de Paulo Freire para o paradigma curricular crítico-emancipatório. *Pro-Posições.* 2014 Dec; 25(3):45-62. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0103-7307201407503>.

#### Endereço para Correspondência

Universidade Federal da Bahia - UFBA

e-mail: [moabencoado@hotmail.com](mailto:moabencoado@hotmail.com)

---

Recebido em 10/09/2016

Aprovado em 13/04/2017

Publicado em 09/05/2017