



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Rigon Dalla Nora, Carlise; Junges, José Roque
Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática
Revista de Saúde Pública, vol. 47, núm. 6, diciembre, 2013, pp. 1186-1200
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240209017>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Carlise Rigon Dalla Nora^IJosé Roque Junges^{II}

Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática

Humanization policy in primary health care: a systematic review

RESUMO

OBJETIVO: Analisar as práticas de humanização na atenção básica na rede pública do sistema de saúde brasileiro com base nos princípios da política nacional de humanização do Brasil.

MÉTODOS: Procedeu-se à revisão sistemática da literatura seguida de metassíntese, usando as bases de dados: BDENF (Base de dados da enfermagem), BDTD (Biblioteca digital brasileira de teses e dissertações), CINAHL (*Cumulative Index to nursing and allied health literature*), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em ciências da saúde), MedLine (Literatura Internacional em ciência da Saúde), PAHO (Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde) e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). Foram selecionados os seguintes descritores de assunto: Humanização; Humanização da Assistência; Acolhimento; Cuidado humanizado; Humanização em saúde; Vínculo; Programa de Saúde da Família; Atenção Básica; Saúde Coletiva e Sistema Único de Saúde. Para análise, foram incluídos artigos de pesquisa, estudos de caso, relatos de experiências, dissertações, teses e capítulos de livros, escritos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, publicados de 2003 a 2011.

RESULTADOS: Das 4.127 publicações recuperadas sobre o tema, foram avaliadas e incluídas 40, chegando a três categorias centrais. A primeira, infraestrutura e organização dos serviços básicos de saúde, evidenciou insatisfação com a estrutura física e material e com os fluxos de atendimento que podem facilitar ou dificultar o acesso. A segunda refere-se ao processo de trabalho, que apresentou questões relacionadas ao número insuficiente de profissionais, fragmentação dos processos de trabalho, perfil e responsabilização profissional. A terceira consistiu das tecnologias das relações e apontou o acolhimento, vínculo, escuta, respeito e diálogo com os usuários.

CONCLUSÕES: Embora muitas práticas sejam citadas como humanizadoras, não conseguem produzir mudanças nos serviços de saúde por falta de uma análise mais aprofundada nos processos de trabalho e de uma educação permanente no serviço.

DESCRITORES: Humanização da Assistência. Assistência à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde Pública. Sistema Único de Saúde. Pesquisa Qualitativa. Revisão.

^I Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, RS, Brasil

^{II} Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, RS, Brasil

Correspondência | Correspondence:
José Roque Junges
Av. Unisinos, 950 Cristo Rei
93022-000 São Leopoldo, RS, Brasil
E-mail: roquejunges@hotmail.com

Recebido: 3/10/2012
Aprovado: 19/8/2013

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze humanization practices in primary health care in the Brazilian Unified Health System according to the principles of the National Humanization Policy.

METHODS: A systematic review of the literature was carried out, followed by a meta-synthesis, using the following databases: BDENF (nursing database), BDTD (Brazilian digital library of theses and dissertations), CINAHL (Cumulative Index to nursing and allied health literature), LILACS (Latin American and Caribbean health care sciences literature), MedLine (International health care sciences literature), PAHO (Pan-American Health Care Organization Library) and SciELO (Scientific Electronic Library Online). The following descriptors were used: Humanization; Humanizing Health Care; Reception: Humanized care: Humanization in health care; Bonding; Family Health Care Program; Primary Care; Public Health and *Sistema Único de Saúde* (the Brazilian public health care system). Research articles, case studies, reports of experiences, dissertations, theses and chapters of books written in Portuguese, English or Spanish, published between 2003 and 2011, were included in the analysis.

RESULTS: Among the 4,127 publications found on the topic, 40 studies were evaluated and included in the analysis, producing three main categories: the first referring to the infrastructure and organization of the primary care service, made clear the dissatisfaction with the physical structure and equipment of the services and with the flow of attendance, which can facilitate or make difficult the access. The second, referring to the health work process, showed issues about the insufficient number of professionals, fragmentation of the work processes, the professional profile and responsibility. The third category, referring to the relational technologies, indicated the reception, bonding, listening, respect and dialog with the service users.

CONCLUSIONS: Although many practices were cited as humanizing they do not produce changes in the health services because of the lack of more profound analysis of the work processes and ongoing education in the health care services.

DESCRIPTORS: Humanization of Assistance. Delivery of Health Care. Primary Health Care. Public Health. Unified Health System. Qualitative Research. Review.

INTRODUÇÃO

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

Diante dos obstáculos de ordem ética, política, financeira e a organização do sistema de saúde, faz-se necessário o debate sobre a humanização, questionando o modelo tecnoassistencial e a qualidade da atenção.^{15,32} Nesse sentido, a PNH visa efetivar-se nas práticas de saúde, juntamente com os princípios do SUS, compondo uma política comprometida com os modos de fazer e operar os processos efetivos de transformações e criações de realidades em saúde.⁵

A PNH está fundamentada em três princípios estruturantes: a transversalidade, indicando a ampliação do

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

grau de comunicação entre os sujeitos e serviços, visando a transformações nos territórios de poder, alterações das fronteiras dos saberes e nas relações de trabalho; a indissociabilidade entre atenção e gestão, afirmando que existe uma relação inseparável entre modos de cuidar e modos de gerir e apropriar-se do trabalho e a afirmação do protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos, compreendidos como sujeitos na produção de serviços, de si próprios e do mundo, desenvolvendo atitudes de corresponsabilidade na produção de saúde.^a

A efetivação desses princípios estruturantes depende de uma atenção básica que seja a porta de entrada do sistema e organizadora da rede dos serviços. A humanização perpassa os processos de trabalho e os atores envolvidos na atenção básica. Para que isso aconteça, é necessário que sejam utilizados vários dispositivos na produção de saúde a exemplo dos grupos de trabalho de humanização, colegiado gestor, ouvidorias, acolhimento com classificação de risco, entre outros.^a A implementação desses dispositivos exige o comprometimento de todos os atores envolvidos no processo de produção de saúde.

Atualmente, observa-se aumento no número de publicações sobre a humanização em saúde, especialmente de estudos de caráter qualitativo, gerando um importante acúmulo de conhecimento nessa área e apontando a necessidade de realizar uma metassíntese sobre esse tema na atenção básica.⁶ O presente estudo teve por objetivo analisar as práticas de humanização no sistema de saúde brasileiro com base nos princípios da política nacional de humanização do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória cujo delineamento adotado foi a metassíntese, que pode ser considerada uma integração interpretativa dos resultados qualitativos que constituem a síntese interpretativa de dados, incluindo fenomenologia, etnografia, teoria fundamentada nos dados, bem como outras descrições coerentes e integradas, ou explicações de determinados fenômenos ou eventos, marcas características da pesquisa qualitativa.³⁶ Essa integração deve ir além da soma das partes, uma vez que oferece uma nova interpretação dos resultados.²⁴

Este estudo teve como questão norteadora: Quais são as práticas de humanização dos profissionais, gestores e usuários na atenção básica? Para respondê-la, realizou-se uma exaustiva pesquisa bibliográfica, nas seguintes bases de dados: BDENF (Base de dados da enfermagem), BDTD (Biblioteca digital brasileira de teses e dissertações), CINAHL (*Cumulative Index to nursing and allied health literature*), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em ciências

da saúde), MedLine (Literatura Internacional em ciência da Saúde), PAHO (Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde) e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). Os textos de livros foram pesquisados nos catálogos de publicações das principais editoras do campo da saúde coletiva: Abrasco, Hucitec, Ministério da Saúde e Fiocruz.

Foram selecionados os seguintes descritores de assunto: Humanização; Humanização da Assistência; Acolhimento; Cuidado humanizado; Humanização em saúde; Vínculo; Programa de Saúde da Família; Atenção Básica; Saúde Coletiva e Sistema Único de Saúde. Essas palavras foram buscadas com os seus equivalentes em outros idiomas. Os operadores booleanos (AND, OR, NOT) foram utilizados sempre que necessário. Diversas estratégias foram empregadas, inserindo-se e/ou retirando-se palavras, procurando-se diferentes combinações na tentativa de alcançar o maior número de estudos. Esse mesmo critério foi utilizado para pesquisar os textos em livro. Para a seleção dos estudos, foram adotados como critérios de inclusão: artigos de pesquisa, estudos de caso, relatos de experiências, dissertações, teses e textos de livros, publicados em inglês, espanhol ou português, referentes à pesquisa empírica de caráter qualitativo sobre as práticas de humanização na atenção básica, no período de 2003 a 2011. Foram excluídos documentos oficiais do Ministério da Saúde, estudos cujo objetivo central fosse a humanização em outros âmbitos que não a atenção básica.

A coleta e análise dos estudos foram realizadas entre os meses de julho de 2011 e janeiro de 2012. A coleta de dados foi feita separadamente por dois pesquisadores. Todas as publicações selecionadas foram lidas na íntegra, sendo sistematizadas suas principais características.

A avaliação crítica dos estudos foi feita com base no formulário padronizado *Critical Appraisal Checklist For Interpretive & Critical Research* (JBI-QARI),^b que consiste em um checklist com diretrizes para a avaliação da qualidade de pesquisas qualitativas. Esse formulário é composto por dez perguntas que investigam se há congruência entre: a metodologia da pesquisa e os objetivos do estudo, os métodos de coleta e análise de dados, a metodologia e a interpretação dos dados, se as “falas” dos participantes estão devidamente apresentadas, se os preceitos éticos de pesquisa foram respeitados e relatados, entre outros. Dessa forma, em cada estudo assinalava-se uma das três opções de respostas: sim, não, buscar mais informações. Os estudos que obtivessem seis ou mais respostas afirmativas no JBI-QARI permaneceriam na amostra final da pesquisa.

^b Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. Adelaide; 2011 [citado 2012 jun 15]. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2011.pdf>

RESULTADOS

Foram identificadas inicialmente 4.127 publicações sobre o tema, das quais 40 foram selecionadas para integrar a amostra, sendo 32 artigos, duas teses, quatro dissertações e dois capítulos de livros (Tabelas 1 e 2). O fluxo do processo de inclusão e exclusão dos estudos encontra-se ilustrado na Figura.

Quanto aos critérios de avaliação da qualidade aplicado nos estudos incluídos, sete estudos obtiveram nota sete,^{2,11,16,30,33,39,41} 11 estudos obtiveram nota oito,^{1,4,18,19,21,23,25,29,40,47,c} e 22 estudos obtiveram nota nove.^{6,12-14,17,20,22,26,34,35,37,38,42,44-46,d,e,f,g,h,i}

A metassíntese foi composta por estudos realizados principalmente com profissionais da área da saúde;^{11,16,17,19,20,22,25,34,37,39,41,44,46,47,c,e,g,h} usuários;^{13,14,23,33,35,41} ou ambos.^{2,4,13,18,29,30,38} Em menor quantidade, foram pesquisados os trabalhadores, usuários e gestores das unidades de saúde.^{6,46,f,g} Apenas um estudo²¹ teve como universo empírico os gestores e profissionais;¹⁹ estudantes e profissionais;^d e os estudantes, profissionais e usuários.¹

Quanto às regiões onde foram desenvolvidos os estudos, a maioria concentrou-se nas regiões Nordeste,^{1,4,18,34,40,45,h,i} Sudeste^{11,14,17,19-21,25,26,41,44,c,g,i} e Sul.^{4,6,22,23,30,33,35,37-39,e} Somente um estudo foi realizado na região Centro-Oeste do País.^d

No que se refere aos procedimentos, os estudos utilizaram entrevistas semiestruturadas;^{6,14,20,25,29,41,g} questionário;^{4,18,37,41,d} grupo focal;^{22,42,c} oficinas⁴⁰ e discussões em grupos.¹⁹ Também se verificou a utilização de métodos combinados: entrevista e fontes documentais;³⁸ entrevista e observação participante,^{1,17,26,34,35,44,e} questionário e grupo focal.⁴⁵⁻⁴⁷

Quanto à metodologia de análise empregada, a predominância foi da análise de conteúdo,^{5,12,16,20,26,30,35,44,45,47,g} seguida da análise temática.^{4,6,18,37,42} Outras estratégias como análise descritiva,⁴¹ análise do discurso,^{22,29} hermenêutica dialética e etnografia^{25,40} foram utilizadas em menor quantidade.

Para alcançar as taxonomias construídas, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin³

(2008), que consiste em três etapas: a pré-análise, que se caracterizou pela organização do material; a exploração do material, em que se realizou a codificação do material de análise; e o tratamento dos resultados, a inferência e interpretação, em que se fez a categorização dos dados, sendo as unidades de registro agrupadas segundo características comuns.

As taxonomias construídas foram categorizadas em três domínios principais: organização e infraestrutura dos serviços básicos de saúde; processo de trabalho; e as tecnologias das relações. Foram realizadas comparações objetivas constantes visando identificar semelhanças e diferenças entre os fenômenos em estudo.

Organização e infraestrutura dos serviços básicos de saúde

Nesse domínio, apresentam-se os aspectos organizacionais e de infraestrutura da atenção básica em saúde. Essa taxonomia partiu de aspectos como instalações, ambiente físico, acesso aos serviços, falta de medicamentos e aparelhagem.

A precariedade das instalações nas unidades de saúde apareceu como um conteúdo recorrente em diferentes estudos.^{6,23,25,37,46,47} Foram problemas relacionados ao tamanho ou disposição das salas, cadeiras desconfortáveis ou em número insuficiente para acomodar todos, pouca ventilação e problemas na conservação da estrutura física.^{21,f}

Alguns estudos relataram^{21,35} que existem serviços com áreas físicas muito pequenas, as quais não dispõem nem mesmo de uma sala de espera. Estudos^{21,23} mostraram o descontentamento dos usuários com o espaço físico, considerado pequeno para a demanda, tornando a espera por atendimento desconfortável.

A metassíntese apontou que problemas relacionados à ambência interferem no processo de trabalho, comprometendo a qualidade dos serviços prestados, gerando desmotivação em profissionais e gestores e desconforto aos usuários.^{4,20,25,40,47,f} A falta de espaço físico adequado nas unidades tem levado à ausência de privacidade na conversa com os usuários.^{17,20,21}

^cSilva KA, Fernandes ND, Xavier MCS. Caminhos do acolhimento: relato de experiência em uma Unidade de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Ateliês do Cuidado - VII seminário do Projeto integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008 p.356.

^dSoares LFP. Inovação e Resistência na Implantação do processo de humanização na Secretaria Municipal de Goiânia, sob as lentes da Bioética [dissertação de mestrado]. Goiânia: Universidade Católica de Goiás; 2005.

^eUrbano GB. Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranaíba-PR [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.

^fVilar RLA. A política de humanização e a Estratégia de Saúde da Família: Visões e Vivências [tese de doutorado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2009.

^gVilar RMT. Humanização das condições de trabalho um dos pré-requisitos para a humanização da assistência? [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz; 2009.

^hRodrigues MP. A representação social do cuidado no Programa Saúde da Família na cidade do Natal [tese de doutorado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007

ⁱCampos LVO. A Estratégia de Saúde da Família em sua micropolítica: um estudo de caso sobre a Humanização nos processos de trabalho [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.

Tabela 1. Descrição das características dos artigos que compuseram a metassíntese. São Paulo, SP, 2012.

Ano	Periódico	Vol./N	Título	Autoria	Local	Objetivo	Tipo de estudo
2003	O Mundo da Saúde	v.27, n.2	Humanização no Programa de Saúde da Família	Chaves EC, Martins WRV	Programa Saúde da Família de São Paulo, SP	Compreender como os funcionários do PSF entendem a humanização no PSF e qual seria sua missão quando se fala em Humanização.	Pesquisa
2003	Cadernos de Saúde Pública	v.19, n.1	Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil	Ramos DD, Lima MADs	Unidade de Saúde de Porto Alegre, RS	Caracterizar, pela ótica de usuários, o acesso ao atendimento e como vem sendo prestado o serviço que lhes é oferecido, quanto à forma com que são acolhidos, em uma unidade de saúde de Porto Alegre.	Pesquisa
2004	Cadernos de Saúde Pública	v.20, n.6	Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família	Schimith MD, Lima MADs	Município da Quarta Coordenadoria Regional de Saúde, RS	Analizar o trabalho de uma ESF, no que se refere ao acolhimento dos usuários e à produção de vínculo, durante o trabalho vivo em ato, procurando caracterizar o modo de produção de saúde que se constrói, bem como as concepções dos trabalhadores acerca do usuário do serviço.	Pesquisa
2004	Cogitare Enfermagem	v.9, n.1	Acolhimento no programa saúde da família: um caminho para a humanização da Atenção à Saúde	Silveira MFA, Felix LG, Araújo DVd, Silva IC	PSF de Campina Grande, PB	Identificar a concepção que os profissionais do PSF têm de acolhimento; descrever como os profissionais praticam o acolhimento, mostrando as condições favoráveis e desfavoráveis à consolidação de uma cultura da humanização no PSF.	Pesquisa
2004	Saúde e Sociedade	v.13, n.3	O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde	Ayres JRCM	Unidades de Atenção Primária	Examinar alguns dos desafios filosóficos e práticos no sentido da humanização das práticas de saúde.	Relato de experiência
2004	Revista Escola de Enfermagem da USP	v.38, n.2	Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família	Fracolli LA, Zoboli ELCP	Unidade de Saúde da Família em São Paulo, SP	Identificar como se processa o "acolhimento" em Unidades de Saúde da Família, em São Paulo.	Pesquisa
2006	Pediatria (São Paulo)	v.28, n.4	Humanização e autogestão em uma unidade básica de saúde	Silveira MGG, Baldacci ER	Unidade básica de saúde da periferia da cidade de São Paulo, SP	Descrever o processo de autogestão desenvolvido dentro de uma unidade básica de saúde e contribuir para iniciativas semelhantes em outros locais carentes do País	Pesquisa
2006	Revista Espaço para a Saúde, Londrina	v.8, n.2	A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família	Scholze AS et al	PSF na Barra do Rio, em Balneário Camboriú, SC	Descrever a implantação do acolhimento como forma de organização do trabalho em saúde no PSF.	Relato de experiência
2007	Acta Paulista de Enfermagem	v.20, n.1	Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários	Lima MADs, et al	Duas unidades de saúde de Porto Alegre, RS	Caracterizar, de acordo com a opinião de usuários, como se conforma o acesso ao atendimento e como vem sendo prestada a assistência que lhes é oferecida, quanto à forma com que são acolhidos, em unidades de saúde de Porto Alegre.	Pesquisa

Continua

Continuação

2007	Cadernos de Saúde Pública	v.23, n.2	Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidade básica de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil	Takemoto MLS, Silva EM	Cinco centros de saúde do município de Campinas, SP	Relatar as transformações no trabalho da enfermagem com a incorporação do acolhimento no processo de implantação do projeto Pardeia de Saúde de Campinas, a partir de 2001.	Pesquisa
2007	Revista APS	v.10, n.2	Acolhimento: uma experiência em pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde	Andrade CS, Franco TB, Ferreira VSC	Estratégia de Saúde da Família Jacinto Cabral de Itabuna, BA	Retratar o desenvolvimento de uma pesquisa-ação sobre o acolhimento na acessibilidade dos usuários em uma Unidade de Saúde da Família do Município de Itabuna (BA).	Pesquisa
2008	Cadernos de Saúde Pública	v.24, supl. I	Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais da saúde	Souza ECF, et al	UBSF de três capitais do Nordeste brasileiro, duas metrópoles e um município de médio porte	Avaliar as potencialidades e os desafios da integralidade do cuidado na Atenção Básica, segundo a percepção de usuários e profissionais de saúde, tendo como referência o processo de trabalho desenvolvido em UBSs de capitais do Nordeste brasileiro.	Pesquisa
2008	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	v.9, n.4	Assistência de saúde humanizada: conquistas e desafios em Campina Grande, PB	França ISX, Marinho DDT, Baptista RS	UBSF de Campina Grande, PB	Identificar as conquistas e desafios do processo de humanização nas UBSF em Campina Grande (PB).	Pesquisa
2008	Arquivos Catarinenses de Medicina	v.37, n.4	Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis	Nascimento PTA, Tesser CD, Neto PP	Unidades Locais de Saúde de Florianópolis, SC	Descrever a implantação do acolhimento como forma de organização do trabalho em saúde no PSF.	Estudo de caso
2008	Revista Mineira de Enfermagem	v.12, n.2	O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família	Freire LAM, et al	Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte, MG	Relatar a percepção que os profissionais das ESFs desse centro de saúde têm sobre o acolhimento e possibilitar uma reflexão sobre as práticas de acolhimento realizadas nessa unidade produtora de serviço de saúde.	Pesquisa
2008	Physis: Revista de Saúde Coletiva	v.19, n.4	Os processos de formação na política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde	Guedes CR, Pitombo LB, Barros MEB	Município do estado do Rio de Janeiro	Relatar a experiência de um curso de formação da Política Nacional de Humanização voltado para gestores e trabalhadores da atenção básica de um município no estado do Rio de Janeiro.	Relato de experiência
2009	Interface: Comunicação, Saúde, Educação	v.13, supl. I	Gestão participativa e responsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família	Trad LAB, Esperidião MA	Seis municípios da Bahia, Sergipe e Ceará	Discussão os limites e possibilidades de incorporação da gestão participativa e incorporação do princípio da corresponsabilidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF).	Pesquisa

Continua

Continuação

2009	Ciência e Saúde Coletiva	v.14, supl. I	Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo	Márcia Coelho MO, Jorge, MSB	Município de Fortaleza, CE	Discutir como os usuários e trabalhadores percebem o acesso, acolhimento e vínculo como tecnologia leve na atenção básica do município de Fortaleza (CE).	Pesquisa
2009	Revista Gaúcha de Enfermagem	v.30 n.1	Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município	Beck CLC, et al	32 Unidades básicas de saúde de um município do centro do estado do RS	Identificar a percepção dos enfermeiros quanto à humanização da assistência nos serviços de saúde de um município e apontar dificuldades para a realização do cuidado humanizado para usuários e enfermeiros.	Pesquisa
2009	Revista da Escola de Enfermagem USP	v.43, n.2	Formação do vínculo na implantação do Programa de Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde	Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS	Unidades básicas de saúde da família do município de Fortaleza, CE	Conhecer as estratégias de formação do vínculo entre usuários e profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) de uma unidade básica em Fortaleza (CE)	Pesquisa
2009	Revista Baiana	v.33, n.3	O acesso por meio do acolhimento na Atenção Básica	Coelho MO, Jorge MSB, Araújo MF	UBSF da Secretaria Municipal de Fortaleza, CE	Discutir como os usuários percebem o acesso às unidades básicas de saúde por meio do acolhimento.	Pesquisa
2009	Revista Gaúcha de Enfermagem	v.30, n.4	Representações sociais da relação auxiliar de enfermagem usuário no contexto do Programa Saúde da Família	Eulálio MC, Santos ERF, Albuquerque TP	Unidades do PSF na cidade de Campina Grande, PB	Compreender a relação entre auxiliar de enfermagem-usuário através das representações sociais do ato de tocar construídas por esses profissionais no contexto do PSF.	Pesquisa
2009	Revista Latino-Americana de Enfermagem	v.17,n.6	Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde	Matumoto S, et al	Unidade de Saúde de um município do estado de São Paulo	Identificar e analisar os aspectos pertinentes ao preparo para a relação estabelecida entre trabalhador/ usuário em unidade de saúde da rede de Atenção Básica de saúde de um município do Estado de São Paulo, Brasil, tendo como perspectiva o acolhimento.	Pesquisa
2009	Revista APS	v.12, n.4	A arte de acolher através da visita da alegria	Pekelman R, et al	Unidade de Saúde Jardim Itu do Serviço de Saúde Comunitária/ Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS	Promover a saúde mediante o riso, na perspectiva da humanização do cuidado e promoção da saúde, papel essencial dos serviços de Atenção Primária em Saúde.	Relato de experiência

Continua

Continuação

2010	Physis Revista de Saúde Coletiva	v.20, n. 4	Sentidos e Práticas da Humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste	Trad LAB, Esperidão MA	Municípios de pequeno e grande porte dos estados da Bahia, Sergipe e Ceará	Investigar em que medida os princípios da humanização em saúde são apropriados e traduzidos no contexto das unidades e equipes do Programa de Saúde da Família.	Pesquisa
2010	Saúde e Sociedade	v.19, n.3	A visita domiciliar na ESF: conhecendo as percepções dos familiares	Cruz MM, Bourget MMM	Zona leste do município de São Paulo, SP	Compreender os significados atribuídos por essas famílias à visita domiciliar realizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), com a intenção de reconhecer as dificuldades e potencialidades dessa prática.	Pesquisa
2010	Revista Latino-Americana de Enfermagem	v.18, n.4	A humanização do cuidado na ótica das equipes da Estratégia de Saúde da Família de um município do interior paulista, Brasil	Marin MJS, Storniolo LV, Moravcik MY	Município interior de São Paulo	Analizar a compreensão referente à humanização do cuidado, sob a ótica de profissionais que compõem as equipes da Estratégia de Saúde da Família.	Pesquisa
2010	Ciência e Saúde Coletiva	v.15, supl.3	Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários	Brehmer LCF, Verdi M	5 UBS da rede municipal de saúde de um município de grande porte do estado de Santa Catarina	Identificar e analisar as implicações éticas oriundas das práticas cotidianas de acolhimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seus reflexos na Atuação à Saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).	Pesquisa
2010	Revista Nursing	v.12, n.144	O acolhimento no cotidiano da saúde: um desafio para a enfermagem	Santos EV, Soares NV	Unidade Básica de Saúde de um município do interior do Rio Grande do Sul	Investigar junto aos enfermeiros atuantes na Atenção Básica de um município do interior do Rio Grande do Sul, o conhecimento sobre a Política Nacional de Humanização no SUS, focalizando o acolhimento aos usuários.	Pesquisa
2011	Ciência e Saúde Coletiva	v.16, n.3.	Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde	Trad LAB, Rocha AARM	3 estados do Nordeste: Bahia, Sergipe e Ceará	Analizar a humanização no trabalho, no contexto do Programa Saúde da Família.	Pesquisa
2011	Interface Comunicação Saúde Educação	v.15, n.36	A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família	Pinheiro PM, Oliveira LC	PSF do município de Fortaleza, CE	Compreender como são empregadas as tecnologias leves do acolhimento e vínculo na prática do dentista, no Programa Saúde da Família do município de Fortaleza, Ceará, no sentido da construção do cuidado humanizado.	Pesquisa
2011	Interface Comunicação Saúde Educação	v.15, n.38	A visão de moral dos profissionais de uma unidade básica de saúde e a humanização	Junges et. al	Unidade Básica de Saúde da Vila Campina, São Leopoldo, RS	Analizar a visão moral dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e apontar suas implicações para a estratégia da humanização da assistência.	Pesquisa

UBSF: Unidades Básicas de Saúde da Família

Tabela 2. Descrição das características dos textos de dissertações, teses e livros que compuseram a metassíntese. São Paulo, SP, 2012.

Ano	Local	Título	Autoria	Local	Objetivo	Tipo de estudo
2007	BDTD - Programa de Pós-graduação em Ciências da saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte	A representação social do cuidado no Programa de Saúde da família na cidade de Natal	Rodrigues MP	Programa de Saúde da Família do Município de Natal, RN	Apreender as representações sociais do cuidado das equipes do PSF da cidade de Natal e como essas representações orientam as ações cotidianas desses sujeitos durante o processo de trabalho.	Pesquisa
2009	BDTD - Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais. Universidade Federal do Rio Grande do Norte	A política de humanização e a Estratégia de Saúde da Família: Visões e vivências	Vilar RLA	Estratégia de Saúde da Família do Município de Natal, RN	Refletir sobre os marcos teóricos e organizativos norteadores da PNH e seus ecos na política municipal de saúde de Natal, para análise dos marcos da referida política local para o conhecimento das visões e vivências dos agentes da humanização no cotidiano do processo de trabalho e para os principais desafios da Política de Humanização.	Pesquisa
2005	BDTD - Programa de Pós-graduação em Ciências Ambientais e Saúde - Universidade Católica de Goiás	Inovação e resistência na implantação do Processo de humanização na secretaria Municipal de saúde do município de Goiânia-GO, Sob as lentes da bioética	Soares LFP	10 Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, GO	Conhecer sob o enfoque bioético o profissional do sistema de saúde pública envolvido no processo de humanização da assistência à saúde preconizada pelo Ministério da Saúde, bem como de sua ação como protagonista deste processo.	Pesquisa
2009	BDTD - Programa de Pós-graduação em saúde da criança e da mulher. Fundação Oswaldo Cruz	Humanização das condições de trabalho: Um dos pré-requisitos para a humanização da assistência	Villar RMT	Centro de Saúde e em uma Policlínica, ambos da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, RJ	Analizar os sentidos atribuídos pelos profissionais, sobre a interferência que as condições de trabalho têm na humanização do atendimento que prestam aos usuários do serviço.	Pesquisa
2009	BDTD - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social	Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranaíba, PR	Urbano GB	Duas unidades básicas de saúde do município de Paranavaí, PR	Observar a atuação da equipe de enfermagem na Atenção Básica, buscando caracterizar como se dão as interações com o usuário, e priorizando a escuta como requisito da integralidade.	Pesquisa
2011	BDTD - Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto	A Estratégia de Saúde da Família em sua micropolítica: um estudo de caso sobre a humanização nos processos de trabalho	Campos LVO	Estratégia de Saúde da Família de Ribeirão Preto, SP	Mapear os modos de produção e captura dos movimentos de humanização que se constituem na micropolítica do processo de trabalho de uma equipe de ESF.	Pesquisa
2007	-	Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG)	Franco TB, Bueno WS, Merhy EE	Unidade Básica de saúde Rosa Capuche, no município de Betim, MG	Impactar os mecanismos de acesso e de explorar as possibilidades de novos desenhos micropolíticos no modo cotidiano de realização de certos modelos de atenção à saúde.	Relato de experiência
2008	-	Caminhos do acolhimento: relato de experiência em uma Unidade de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro	Silva KA, Fernandes ND, Xavier MCS	Unidade de saúde da família do Rio de Janeiro, RJ	Discutir a experiência de implantação do acolhimento em uma unidade de saúde da família de um município do Rio de Janeiro.	Relato de experiência

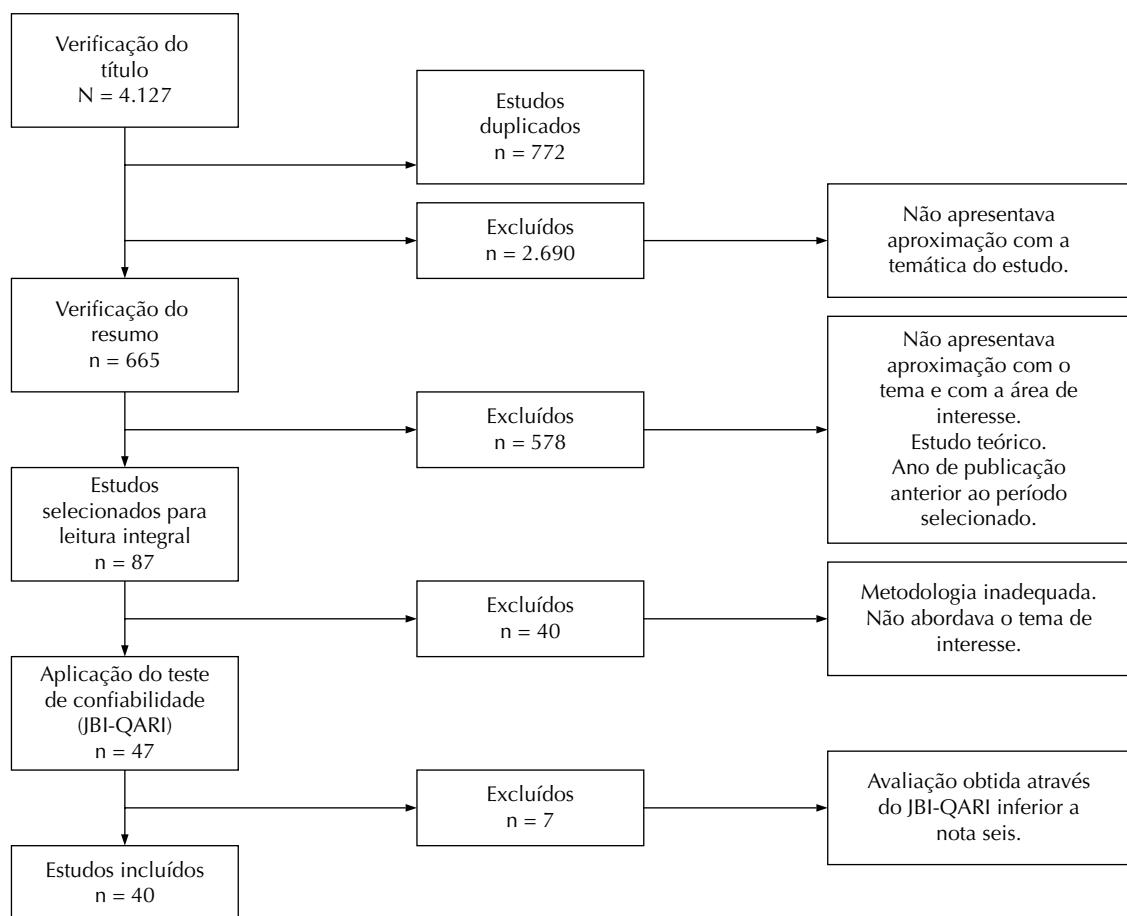


Figura. Fluxo do processo de seleção dos estudos para a metassíntese. São Paulo, SP, 2012.

Observou-se a insuficiência de equipamentos e recursos materiais nas unidades, interferindo na continuidade do atendimento e gerando condições de trabalho desfavoráveis.^{25,42,f,g,h} Um estudo^f mostrou ausência de serviço eficiente de manutenção e conservação dos equipamentos nas unidades de saúde.

Um fator recorrente durante a metassíntese diz respeito à falta de identificação e sinalização dos setores das unidades por meio da utilização de placas indicativas.^{13,18}

No que concerne ao acesso aos serviços de saúde, a maior parte dos estudos indicou que ele ocorria mediante o agendamento para alguns tipos de grupos programáticos como hipertensos, diabéticos, gestantes, entre outros grupos de risco. Já com relação à demanda espontânea, havia distribuição de fichas diariamente.^{41,46,f}

Notou-se que as equipes têm dificuldades em resolver os problemas de atendimento, observadas pelas filas para consultas, disputa na distribuição de um número reduzido de fichas ou agenda médica lotada.^{22,23,34,42,47} A insatisfação com a espera em filas foi relacionada a uma situação desumana.^{18,23,35,38,46} Nesse sentido, as pesquisas descrevem dificuldades na acessibilidade

aos serviços de saúde devido à grande demanda, predominantemente espontânea, causando sofrimento aos profissionais e usuários.^{23,25,34,40,42,44}

Entrave apontado pela pesquisa, na direção de um cuidado humanizado, diz respeito à ausência de sistema efetivo de referência e contrarreferência aos demais níveis de assistência,^{12,21,25,47} principalmente no que se refere a exames e/ou consultas especializadas.^{38,41,42,46,h} Merece destaque o estudo realizado por Lima et al.,²³ no qual usuários se mostraram satisfeitos com a marcação de exames e com o sistema de referência e contrarreferência, o que incluiu o encaminhamento a especialidades médicas e à realização de cirurgias.

Alguns estudos registraram a dificuldade de obtenção de medicamentos mediante a apresentação de prescrição médica, além da falta de medicamentos na farmácia básica.^{23,38,42,f}

Diante de tais considerações, destacou-se nesse domínio a predominância de aspectos insatisfatórios, podendo-se notar que emergiram 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.

Processo de trabalho

Nessa dimensão, mostraram-se elementos da organização do processo de trabalho. Foram apresentadas questões relacionadas ao número insuficiente de profissionais, sobrecarga de trabalho, baixa remuneração,^{21,g} fragmentação dos processos de trabalho, trabalho em equipe, momentos coletivos, perfil e responsabilização profissional.

Os estudos apontaram que o número insuficiente de profissionais nas equipes de saúde tem dificultado o acesso aos serviços e o acolhimento aos usuários.^{25,29,30,35,40,43,f} Desse modo, com uma demanda expressiva de atendimentos, ocorre uma sobrecarga de trabalho, o que, segundo alguns estudos, pode comprometer a agenda de atividades grupais intraequipe e com os usuários.^{1,34,43,f}

Percebe-se na metassíntese que a prática desenvolvida nos serviços de saúde é permeada pela fragmentação nos processos de trabalho, proporcionando a perpetuação do modelo assistencial, centrado na atenção curativa e focado na queixa.^{47,e,f,i}

Alguns estudos^{21,g} relataram que a baixa remuneração dos profissionais da saúde vem sendo apontada como um item dificultador da qualidade da assistência. Dessa forma, os profissionais se veem obrigados a trabalhar em outros serviços para complementação da sua renda.

Outro tema recorrente refere-se à construção de prática interdisciplinar, baseada no trabalho em equipe com a definição de papéis e atribuições de cada profissional.^{11,47} Alguns estudos mencionaram que os profissionais necessitam se colocar no mesmo nível dos usuários, evitando relações hierárquicas, valorizando as práticas integrativas e o saber popular.^{45,f} Ainda, ações educativas realizadas nos serviços contribuem para que o indivíduo conquiste sua autonomia e qualifique seu modo de levar a vida.^{33,38,g} Observou-se uma escassez de momentos coletivos de discussões e reflexões entre os profissionais. Estudos apontaram uma periodicidade irregular das reuniões de equipe, sendo estas semanais, quinzenais ou mensais.^{47,f} Em um caso, as reuniões de equipe não ocorriam.²²

A metassíntese mostrou a responsabilização das equipes com as necessidades dos usuários desde sua chegada até a sua saída, atuando de forma a responder e encaminhar adequadamente, visando à resoluibilidade dentro da sua capacidade técnica e de recursos tecnológicos disponíveis na unidade e na rede de saúde.^{2,23,26,44} Entretanto, conforme indicado por um estudo, o processo de

corresponsabilização no escopo da atenção e da gestão ainda é bastante insipiente na atenção básica.⁴⁵

Um tema recorrente foi a falta de perfil profissional, identificado como um elemento dificultador de uma atenção humanizada. No que se refere à falta de profissionais preparados para atuar de forma humanizada, estudos consideraram que são necessários investimentos em educação permanente em saúde.^{18,25,29,41,c,f,g,h} Identificou-se, porém, um novo perfil de profissionais, mais sensíveis para perceber as reais necessidades da população, produzindo atenção capaz de gerar satisfação social e excelência técnica de forma resolutiva para os usuários e sociedade.⁴⁰ Os profissionais necessitam de sensibilidade e corresponsabilidade para atuar na atenção básica, exercendo nova prática baseada na humanização, no cuidado e no exercício da cidadania.

As dificuldades relatadas nessa dimensão repercutem negativamente em diferentes aspectos do processo de trabalho desenvolvido pelas equipes, comprometendo o planejamento, a organização e a execução das atividades na atenção básica, refletindo de forma negativa na qualidade dos serviços prestados.

Tecnologias das relações

Nesse domínio, podem-se verificar as seguintes tecnologias das relações, nomeadas por Merhy²⁸ como tecnologias leves, a saber: o acolhimento, o vínculo, a escuta, o respeito e o diálogo.

A metassíntese identificou que o acolhimento é uma tecnologia leve fundamental dentro da prática dos serviços de saúde, a qual tem contribuído para a mudança do modelo assistencial, não mais centrado na doença, mas no sujeito.^{6,34,f} A maioria dos estudos indicou que o acolhimento pode ser realizado por todos os profissionais da equipe e em todas as situações do cotidiano dos serviços, em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro.^{17,20,38,39,c,e}

Estudos^{1,f} mostraram que o acolhimento foi identificado como dispositivo de reorganização do processo de trabalho, apostando nas relações entre profissionais e usuários com base na escuta qualificada, responsabilização, compromisso com a resolutividade e trabalho multiprofissional. Em outra perspectiva, o acolhimento apresentou-se fundamentado no modelo clínico-biomédico, sendo o atendimento baseado no modelo queixa-conduta e como forma de triagem.¹⁷

A metassíntese apontou que o acolhimento proposto nos estudos é baseado no acolhimento dialogado.^{6,22} Sendo assim, a comunicação apresentou-se como um importante elemento para a humanização da assistência em saúde, tornando imprescindível a abertura do profissional para uma escuta qualificada.^{14,17,20,41,e,f}

Como o acolhimento, o vínculo é outra tecnologia leve associada à humanização, frequentemente encontrada nas publicações, nas quais se observa que não existe criação de vínculo sem que os usuários sejam reconhecidos na condição de sujeitos.^{29,e} O vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante o cuidado.³⁸

Nessa perspectiva, uma atividade recorrente nos estudos tem sido as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde, consideradas um importante meio de aproximação do profissional com a realidade vivenciada pelo usuário, favorecendo a construção de relações de amizade e confiança baseada no vínculo.^{14,33,34,46,f}

Durante a metassíntese, identificou-se que algumas características humanas básicas, como ouvir, dar atenção, envolver-se, tocar e compartilhar, não podem ser substituídas por tecnologias duras, pois esses elementos são essenciais para uma boa relação profissional/usuário.¹⁶

As tecnologias leves aparecem como conteúdo recorrente nos estudos sintetizados. Essas tecnologias são dispositivos úteis para modificar radicalmente o processo de trabalho, principalmente se os profissionais estiverem dispostos a lançar mão de todas as tecnologias de sua “caixa de ferramentas”,²⁸ procurando escutar e solucionar as necessidades de saúde dos usuários.

DISCUSSÃO

Os estudos incluídos na metassíntese foram publicações brasileiras, apontando uma invisibilidade internacional sobre as práticas de humanização desenvolvidas em nosso país. Nas publicações, percebe-se um amplo debate sobre os conceitos e práticas da humanização no cenário atual, mostrando ainda a necessidade da afirmação desse discurso nos serviços de saúde brasileiros.

As dimensões encontradas na metassíntese relacionam-se com os princípios propostos pela PNH, quais sejam: transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.^a Transversalidade refere-se ao aumento do grau de comunicação entre os sujeitos e coletivos¹¹ e relaciona-se principalmente com a dimensão que compreende o processo de trabalho. Indissociabilidade entre atenção e gestão indica inseparabilidade entre a clínica e a política e entre produção de saúde e subjetividade,^a ligando-se à categoria da organização e infraestrutura dos serviços básicos de saúde. O terceiro princípio do protagonismo, corresponsabilização e autonomia dos sujeitos e coletivos, está vinculado à tecnologia das relações, pois falar em protagonismo, corresponsabilidade e autonomia é falar em sujeitos que assumam um lugar central nos acontecimentos em saúde.^a

Entre as práticas de humanização presentes na metassíntese, não se observou a noção de humanização como uma referência ao “bom humano”⁵ com o sentido de uma atitude que pode ser prescrita e imposta aos demais, mas práticas sociais e profissionais concretas que interferem e modificam o modo de agir e cuidar.⁵

A PNH busca a valorização do cotidiano dos serviços de saúde, sendo o processo de trabalho peça fundamental para que essa política se efetive. Essa política não depende de normas, protocolos ou aparato burocrático, e sim do empenho dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde. Dessa forma, não há como mudar os modos de prestar a assistência a uma população sem que se altere a organização dos processos de trabalho.⁵

Para que todos os sujeitos busquem coletivamente um sistema de saúde humanizado é preciso avançar no padrão organizacional e de gestão do trabalho em saúde,³² que, muitas vezes, verticaliza e hierarquiza os discursos, tornando difícil a comunicação.

Para desenvolver novas lógicas de trabalho, apostando em processos em ato (micropolítica do trabalho),¹⁰ é essencial ativar a problematização do e no processo de trabalho em saúde, criando dispositivos que auxiliem os coletivos a interrogar permanentemente os processos de trabalho. Nesse caso, a educação permanente em saúde pode ser considerada uma ferramenta fundamental para a aprendizagem realizada no trabalho.

Segundo Ceccim,⁹ os grupos de discussões sobre os processos de trabalho possibilitam fortalecer o vínculo, a corresponsabilização, a participação entre gestores e trabalhadores, promovendo um ambiente saudável de trabalho, tecendo redes no sentido da participação ativa nos serviços de saúde.

Outra forma de ampliar as práticas de humanização consiste na efetiva participação na gestão dos processos de trabalho, com a inclusão dos sujeitos na tomada de decisões nos serviços de saúde. A PNH aponta a gestão compartilhada como uma diretriz a ser seguida a fim de incluir novos sujeitos e multiplicar os agentes dessa política.^a

De acordo com Campos⁷ (2005), a humanização no SUS ainda necessita do aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada. A inclusão dos sujeitos precisa ocorrer no sentido ético-estético-político, partindo das diferenças e estranhamentos que os sujeitos produzem, visando a uma prática em que haja a busca de um bem comum.^a

Observou-se na metassíntese lacuna no que se refere à participação do usuário nas práticas de humanização na atenção básica. Os textos abordam questões relacionadas à satisfação dos usuários e o acesso aos serviços de saúde e como isso incide na humanização.

Já a humanização, no sentido de participação social e corresponsabilidade, não foi observada na metassíntese.

Considera-se o controle social, exercido nos espaços institucionais de participação, uma importante ferramenta para a criação de sujeitos coletivos. A participação cidadã em saúde prevê a inclusão de novos sujeitos, sobretudo os usuários, tornando o sistema e os serviços de saúde cogeridos, abrindo espaços para a construção de processos de corresponsabilização com as políticas de saúde.³¹

O que se espera de uma política de humanização é o fortalecimento dos temas da participação em saúde e dos direitos dos usuários como uma prioridade nos serviços, ampliando a inclusão protagonista e corresponsável dos diferentes sujeitos.³¹ Nesse processo de inclusão de todos os sujeitos na saúde é fundamental pensar propostas para o SUS que levem em consideração os planos macropolítico e micropolítico. No primeiro, encontram-se as instâncias gestoras do SUS e no segundo, forças individuais e sociais. Esses planos se influenciam mutuamente, discutindo as relações de poderes construídos entre usuários, trabalhadores e gestores.¹¹

Aparecem de forma recorrente os aspectos negativos do cuidado em saúde; os mais evidenciados na metassíntese foram: a precariedade no atendimento recebido, a descontinuidade do atendimento e a não garantia de atendimento longitudinal nos níveis de atenção.²⁷ Quando uma rede de atenção é fragmentada, a atenção básica não consegue exercer o seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado.

Um dos desafios que dificultam a humanização do atendimento é a carência de recursos financeiros por parte do poder público para melhorar a estrutura física e material dos serviços. No entanto, essa melhoria não depende apenas da estrutura física e material, pois é fundamental valorizar as experiências realizadas no cotidiano do trabalho em saúde, as quais têm força de transformação, de reinvenção dos serviços e práticas.³²

Muitas foram as práticas nomeadas humanizadas nessa metassíntese, mas perdem a força de produzir mudanças significativas nos serviços de saúde, ao serem desenvolvidas como ações desarticuladas que não colocam em análise os processos de trabalho. A PNH tem sido uma estratégia que se configura como uma aliada, quando se tem como meta a ampliação e a afirmação do SUS.³⁷ Destaca-se que usuários, trabalhadores e gestores possuem a corresponsabilidade pela organização e funcionamento dos serviços de saúde por meio da participação e do controle social. Somente compartilhando saberes, compromissos e responsabilidades será possível estabelecer uma nova prática que convida para o repensar ético-político do cotidiano dos serviços.

Em conclusão, a metassíntese indicou que a humanização visa superar o modelo biomédico-hegemônico em direção à centralidade no usuário, que é o sujeito do processo assistencial. Para tanto, as tecnologias das relações funcionam como ferramentas para a construção de vínculos e de práticas de saúde que extrapolam a visão fragmentada do cuidado.

O grande desafio posto à PNH é articular as redes de atenção e produção de saúde em gestão compartilhada que garanta o acesso aos usuários com qualidade e resolubilidade. Os serviços devem servir como espaços de sociabilidade, com momentos de educação permanente conectados aos processos de trabalho, em que a produção de saúde seja compreendida como produção de subjetividade.

Para avançar na efetivação da humanização na atenção básica, é fundamental apostar na implementação dos seguintes dispositivos propostos pela PNH: o grupo de trabalho de humanização, colegiado gestor, sistema de escuta qualificada para usuários e trabalhadores, projeto terapêutico singular, programa de formação em saúde do trabalhador e projetos cogeridos de ambientes, entre outros, buscando utilizar esses dispositivos como estratégias para promover mudanças nos modelos de atenção e gestão em saúde.^a

REFERÊNCIAS

1. Andrade CS, Franco TB, Ferreira VSC. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. *Revista APS*. 2007;10(2):106-15.
2. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude Soc*. 2004;13(3):16-29. DOI:10.1590/S0104-12902004000300003
3. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
4. Beck CLC, Lisbôa RL, Tavares JP, Silva RM, Prestes FC. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. *Rev Gaucha Enferm*. 2009;30(1):54-61.
5. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface (Botucatu)*. 2005;9(17):389-406. DOI:10.1590/S1414-32832005000200014
6. Brehmer LCF, Verdi, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, 15 (suppl.3): 3569-3578.
7. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface (Botucatu)*. 2005;9(17):389-406. DOI:10.1590/S1414-32832005000200016
8. Casate JC, Corrêa A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(1):105-11. DOI:10.1590/S0104-11692005000100017
9. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*. 2005;9(16):161-8. DOI:10.1590/S1414-32832005000100013
10. Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface (Botucatu)*. 2009;13Suppl1:531-42. DOI:10.1590/S1414-32832009000500006
11. Chaves EC, Martines WRV. Humanização no Programa de Saúde da Família. *Mundo Saude*. 2003;27(2):274-9.
12. Coelho MO, Jorge MSB, Araújo ME. O acesso por meio do acolhimento na Atenção Básica à Saúde. *Rev Baiana Saude Publica*. 2009;33(3):440-52.
13. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14Suppl 1:1523-31. DOI:10.1590/S1413-81232009000800026
14. Cruz MM, Bourget MMM. A visita domiciliaria na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. *Saude Soc*. 2010;19(3):605-13. DOI:10.1590/S0104-12902010000300012
15. Deslandes SF, Ayres JRCM. Humanização e cuidado em saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(3):510-10. DOI:10.1590/S1413-81232005000300001
16. Eulálio MdC, Santos ERF, Albuquerque TP. Representações sociais da relação auxiliar de enfermagem - usuário no contexto do Programa de saúde da Família. *Rev Gaucha Enferm*. 2009;30(4):708-15. DOI:10.1590/S1983-14472009000400018
17. Fracolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(2):143-51. DOI:10.1590/S0080-62342004000200004
18. França ISX, Marinho DDT, Baptista RS. Assistência de saúde humanizada: conquistas e desafios em Campina Grande, PB. *Rev RENE*. 2008;9(4):15-23.
19. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: Merhy EE, Magalhães Jr. HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, editores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003. p. 37-54.
20. Freire LAM, Storino LP, Horta NC, Magalhães RP, Lima T. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. *REME Rev Min Enferm*. 2008;12(2):271-77.
21. 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;9(4):1087-109. DOI:10.1590/S0103-73312009000400010
22. Junges JR, Schaefer R, Prudente J, Mello REF, Silocchi C, Souza M, et al. A visão de moral dos profissionais de uma unidade básica de saúde e a humanização. *Interface (Botucatu)*. 2011;15(38):755-62. DOI:10.1590/S1414-32832011000300011
23. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(1):12-7. DOI:10.1590/S0103-21002007000100003
24. Lopes ALM, Fracolli LA. Revisão Sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: Considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto- Enferm*. 2008;17(4):771-8. DOI:10.1590/S0104-07072008000400020
25. Marin MJS, Storniolo LV, Moravcik MY. A humanização do cuidado na ótica das equipes da Estratégia de Saúde da Família de um município do interior Paulista, Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(4):763-9. DOI:10.1590/S0104-11692010000400015
26. Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida MCP. Preparando a relação de atendimento ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(6):1001-8. DOI:10.1590/S0104-11692009000600012
27. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15(5): 2297-305. DOI:10.1590/S1413-81232010000500005
28. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

29. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MdFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(2):358-64.
DOI:10.1590/S0080-62342009000200015
30. Nascimento PTA, Tesser CD, Poli Neto P. Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis. *ACM Arq Catarin Med.* 2008;37(4):32-4.
31. Pasche DF. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface (Botucatu).* 2009;13Suppl 1:701-8. DOI:10.1590/S1414-32832009000500021
32. Pasche DF, Passos E, Hennington EA. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Cienc Saude Coletiva.* 2011;16(11):4541-8.
DOI:10.1590/S1413-81232011001200027
33. Pekelman R, Ferrugem D, Minuzzo FAO, Melz G. A arte de acolher através da Visita da Alegria. *Rev APS.* 2009;12(4):510-6.
34. Pinheiro PM, Oliveira LC. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Interface (Botucatu).* 2011;15(36):185-98.
DOI:10.1590/S1414-32832010005000036.
35. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2003;19(1):27-34.
DOI:10.1590/S0102-311X2003000100004
36. Sandelowski M, Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research. New York: Springer Publishing Company; 2007.
37. Santos EV, Soares NV. O acolhimento no cotidiano da saúde: um desafio para a enfermagem. *Nursing (São Paulo).* 2010;12(144):236-40.
38. Schimith MD, Lima MADdS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica.* 2004;20(6):1487-94.
DOI:10.1590/S0102-311X2004000600005
39. Scholze AS, Ávila LH, Silva MM, Dacoreggio STK. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. *Espaço Saúde.* 2006;8(1):7-12.
40. Silveira MFA, Felix LG, Araújo DV, Silva IC. Acolhimento no Programa de Saúde da Família: um caminho para a humanização da atenção à saúde. *Cogitare Enferm.* 2004;9(1):71-8.
41. Silveira MGG, Baldacci ER. Humanização e autogestão em uma unidade básica de saúde. *Pediatria (Sao Paulo).* 2006;28(4):226-33.
42. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saude Publica.* 2008;24Suppl 1:100-10.
DOI:10.1590/S0102-311X2008001300015
43. Souza LAP, Mendes VLF. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). *Interface (Botucatu).* 2009;13Suppl 1:681-88.
DOI:10.1590/S1414-32832009000500018
44. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2007;23(2):331-40.
DOI:10.1590/S0102-311X2007000200009
45. Trad LAB, Esperidião MA. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Interface (Botucatu).* 2009;13 Suppl 1:557-70.
DOI:10.1590/S1414-32832009000500008
46. Trad LAB, Esperidião MA. Sentidos e práticas da humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste. *Physis.* 2010;20(4):1099-117.
DOI:10.1590/S0103-73312010000400003
47. Trad LAB, Rocha AARM. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Cienc Saude Coletiva.* 2011;16(3):1969-80.
DOI:10.1590/S1413-81232011000300031

Artigo baseado na dissertação de mestrado de Nora C.R.D., intitulada: "Política de humanização na atenção básica: uma metassíntese", apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil, 2012.
Os autores declaram não haver conflito de interesses.