

# ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AOS IDOSOS EM DOMICÍLIO: OS ENFERMEIROS E A SOBRECARGA NO TRABALHO

Robertson Silva Nunes<sup>1</sup>

Raimunda Silva d'Alencar<sup>2</sup>

**Resumo.** A proposta deste estudo, de abordagem qualitativa, é analisar aspectos da Assistência domiciliar na perspectiva da humanização do atendimento, identificando o discurso que incorporam os enfermeiros atuantes nas unidades de saúde básica e da família, nas suas práticas cotidianas junto à população idosa dos municípios de Ilhéus e Itabuna<sup>3</sup>. Para este trabalho, foram selecionados 100% dos enfermeiros atuantes nas UBS e ESF envolvidas na pesquisa que se dispuseram a participar, de um total de 143 entrevistas realizadas com profissionais da saúde de diferentes categorias. Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada, realizada com esses profissionais nos seus espaços de trabalho. Foram recuperadas, para esta análise, as seguintes variáveis: idade, escolaridade, sexo, naturalidade, estado civil, religião, renda, além da percepção sobre qualidade e insegurança no trabalho, jornada, e a compreensão dos mesmos sobre a assistência humanizada. A análise tomou como parâmetro o Plano Nacional de Humanização (PNH). Foi possível constatar que 35% dos entrevistados entendem a assistência humanizada

---

1 Enfermeiro, pesquisador bolsista do Núcleo de Estudos do Envelhecimento. UESC, Ilhéus, Bahia. *E-mail:* <robertsonenfermagem@yahoo.com.br>

2 Professora Assistente, Pesquisadora do Núcleo de Estudos do Envelhecimento. UESC, Ilhéus, Bahia. *E-mail:* <r\_alencar2@yahoo.com.br>.

3 A pesquisa que dá origem a este artigo foi desenvolvida pelo DFCH-Núcleo de Estudos do Envelhecimento, intitulada *Assistência Domiciliar oferecida pelas unidades de saúde a idosos de Ilhéus e Itabuna, BA*, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESC.

como atendimento do paciente na sua totalidade, enquanto 23,5% a compreendem como acolhimento, escuta e direito da pessoa idosa. Outros imprimem à humanização um caráter de resolutividade para o problema de saúde individual. Os dados também permitem concluir que esses profissionais estão vinculados à saúde por contratos, baixa remuneração, levando 39% deles a mais de um vínculo de trabalho. Para 89% dos entrevistados essa situação promove insegurança e rotatividade, o que atrapalha a ação cotidiana, imprimindo fragilidade e prejudicando a assistência humanizada à população, como apregoam os documentos oficiais.

**Palavras-chave:** Idoso. Assistência Domiciliar. Humanização.

## HUMANIZED HOMECARE FOR THE ELDERLY: NURSES AND THEIR OVERLOAD AT WORK

**Abstract.** The purpose of this qualitative study was to analyze aspects of home care from the perspective of the humanization of care, identifying the discourse incorporated by nurses working in both primary health care and family health care units, in their daily practices with the elderly population, in the cities of Ilheus and Itabuna (South Bahia, Brazil). For this work, 100% of the nurses working in UBS and ESF were involved in the research<sup>3</sup>, of those who were willing to participate, 143 interviews were conducted with health professionals from different categories. Data were collected through structured interviews with these professionals in their workspaces. This analysis encompassed the following variables: age, education, gender, national origin, marital status, religion, income, besides the perception of the quality and job insecurity, work hours, and the nurse's understanding of humanized care. The analysis took the National Plan for Humanization (NPH) as a parameter. It was found that 35% of respondents understand

humanized care as patient care in its entirety, while 23.5% see it as reception, hearing and rights of the elderly. Others picture humanization as problem solving regarding individual health. The data also indicate that these professionals are in the health field through temporary contracts and low pay, which makes 39% of them have two or more jobs. For 89% of respondents this situation promotes insecurity and turnover, which disrupts their daily activities, causing fragility and hindering humanized care to the population, as proclaimed by the official documents.

**Keywords.** Elderly. Home Care. Humanization.

## ASISTENCIA HUMANIZADA A PERSONAS MAYORES EN DOMICILIO: LOS ENFERMEROS Y LA SOBRECARGA EN EL TRABAJO

**Resumen.** La propuesta de este estudio, de abordaje cualitativo, es analizar aspectos de la Asistencia domiciliaria en la perspectiva de la humanización de la atención, identificando el discurso que incorporan los enfermeros que actúan en las unidades de salud básica y de la familia (UBS y ESF), en sus prácticas cotidianas junto a la población mayor de los municipios de Ilhéus y de Itabuna (Sul da Bahia, Brasil). Para este estudio, se seleccionó un 100% de los enfermeros actuantes en UBS y ESF involucrados en la investigación<sup>3</sup>, que accedieron colaborar, de un total de 143 entrevistas realizadas con profesionales de salud de diferentes categorías. Se recolectaron los datos mediante entrevista estructurada, realizada con estos profesionales en sus espacios laborales. Se consideró en este análisis las variables edad, escolaridad, sexo, ciudad de nacimiento, estado civil, religión, ingresos, además de la percepción sobre la calidad y la inseguridad en el trabajo, jornada, y la comprensión que ellos tienen sobre la asistencia humanizada. El análisis utilizó

como parámetro el Plan Nacional de Humanización (PNH). Se constató que un 35% de los entrevistados comprenden la asistencia humanizada como atención al paciente en su totalidad, mientras un 23,5% la comprenden como agasajo, escucha y derecho de la persona mayor. Otros otorgan a la humanización un carácter de solución para el problema de la salud individual. Los datos también permiten concluir que estos profesionales están vinculados a la salud por contratos, baja remuneración, llevando a 39% de los profesionales a tener más de un vínculo de trabajo. Para el 89% de los entrevistados, esta situación genera inseguridad y rotación, lo que entorpece la acción cotidiana, generando fragilidad y perjudicando la asistencia humanizada a la población, como pregonan los documentos oficiales.

**Palabras-clave:** Persona mayor. Asistencia domiciliar. Humanización.

## ASSISTENCE HUMANISÉE AUX PERSONNES ÂGÉES À DOMICILE: LES INFIRMIERS ET LA SURCHARGE DE TRAVAIL

**Résumé.** L'objectif de cette étude et son abordage qualitatif est d'analyser les aspects de l'Assistance à domicile dans la perspective de l'humanisation des soins à travers l'identification du discours adopté par les infirmiers qui travaillent dans les unités de santé de base et de la famille, des villes d'Ilhéus et d'Itabuna, dans leurs soins quotidiens auprès de la population de personnes âgées. Dans le présent article, 100% des infirmiers sélectionnés qui ont accepté de participer travaillent dans les UBS et les ESF sur un total de 143 entrevues réalisées avec des professionnels de la santé de différentes catégories. Les données ont été collectées à travers d'entrevues structurées et ont été réalisées sur leur

lieu de travail. Pour cette analyse, ont été considérées les variantes de l'âge, la scolarité, le sexe, le lieu de naissance, l'état civil, la religion, la rente, la perception sur qualité et l'insécurité au travail et ainsi que leur façon d'appréhender l'assistance humanisée. L'analyse a tenu compte des paramètres du Plan National d'Humanisation (PNH). Il a été constaté que 35% des interviewés entendent l'assistance humanisée comme un soin au patient à part entière, alors que 23,5% l'entendent comme la réception, écoute et droit de la personne âgée. D'autres octroient à l'humanisation un caractère de résolubilité pour le problème de la santé individuelle. Les données permettent également de conclure que ces professionnels sont liés à la santé par des contrats de faible rémunération ce qui entraîne 39% d'entre eux à avoir un autre travail. Pour 89% des interviewés cette situation entraîne l'insécurité et la rotation, ce qui gêne l'action quotidienne, la fragilisant et portant préjudice à l'assistance humanisée à la population comme le préconisent les documents officiels.

**Mots-clés.** Personnes âgées. Assistance à Domicile. Humanisation.

## INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é mundial e vem ocorrendo em ritmo acelerado, junto com o aumento da esperança de vida. As projeções indicam que em 2050 essa população terá alcançado dois bilhões de pessoas, montante que será equivalente à população infantil de 0 a 14 anos, na mesma época. As estimativas também sinalizam o aumento de pessoas centenárias, que sairão dos atuais 1,4 milhão de idosos para 2,2 milhões em 2050<sup>4</sup>.

---

4 Andrews (2000).

O Brasil vem acompanhando essa tendência, hoje com mais de 23 milhões de idosos e estimativas de que, nos próximos dez anos, superará 30 milhões de pessoas na faixa de idade superior a 60 anos. A relação idoso – criança que em 1980 era de 16 idosos para cada grupo de 100 crianças, hoje já é de 30 para 100, praticamente dobrada em pouco mais de vinte anos (IBGE, 2013).

Um montante elevado de pessoas idosas vivendo cada vez mais traz implicações significativas para as sociedades, sejam elas desenvolvidas ou não, pelos inúmeros riscos de doenças degenerativas (envelhecimento do sistema biológico) e permanência de doenças transmissíveis, acrescidas da crescente violência no País que também sobrecarrega o sistema de saúde.

Como o processo de envelhecimento, quando olhado coletivamente, acompanha a dinâmica da sociedade, individualmente ele depende desse contexto, mas depende, também, da base genética de cada um, além do estilo de vida em etapas anteriores à velhice.

Nesse contexto, o sistema de saúde vem sendo cada vez mais requerido para dar conta dessas nuances, individual e coletiva do envelhecimento e da velhice, o que demanda estratégias e políticas públicas de fomento à prevenção e promoção da saúde, além de assistência qualificada em todo o sistema, seja ele público ou privado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem procurando ajustar as suas diretrizes às necessidades des-

sa nova configuração demográfica<sup>5</sup>, visando garantir proteção à vida e à saúde mediante efetivo acesso a uma assistência capaz de manter a autonomia e a capacidade funcional e cognitiva desse segmento populacional, com qualidade.

Embora seja um sistema novo, tem um histórico de investimentos significativos na saúde e tem ampliado o acesso da população à atenção básica. Mas não se pode afirmar, por outro lado, que os direitos referentes às condições de saúde estejam assegurados. Na medida em que a demanda é geometricamente crescente, os recursos não o são na mesma proporção.

Esta situação pode ser analisada a partir da sistemática modificação da infraestrutura hospitalar, com redução de leitos ao longo do tempo – passou de 3,71/1000 hab. em 1990, para 2,26/1000 hab. em 2009 – (IBGE, 2013), precárias condições das unidades de saúde que atendem à população na atenção primária, muitas delas funcionando em antigas residências, sem adequação ao atendimento, deseducação da população no autocuidado (com alimentação desequilibrada, hábitos alimentares prejudiciais à saúde, consumo de álcool e drogas em idades cada vez menores), além de repasses públicos mantidos nos mesmos percentuais do PIB há vários anos<sup>6</sup>, uso

---

5 A partir da sua criação, com a nova Constituição Federal, quando o direito à saúde foi incorporado no arcabouço jurídico formal.

6 Basta analisar a emenda 29 e os vetos da Presidente da República, no ano de 2013, em especial ao dispositivo que obrigava a União a aumentar os recursos para a saúde sempre que a revisão do valor do

indevido desses recursos por administradores públicos, que costumam lançar despesas diversas como sendo gastos com saúde.

O envelhecimento e a velhice, portanto, têm se tornado um grande desafio para o sistema de saúde. Um idoso doente promove aumento de internações e re-internações, separação do ambiente familiar e dificuldades para ter um familiar como acompanhante no período de internações, além dos riscos com infecções hospitalares. Essa realidade implica custos bem mais elevados em relação a outras faixas etárias para as unidades hospitalares, considerando o organismo mais lento dos idosos para respostas nos tratamentos. Em 2010, o gasto público com a assistência hospitalar ambulatorial no SUS somou R\$ 25,5 bilhões. Estima-se que, considerando apenas o efeito demográfico puro, o dispêndio será de R\$ 36,7 bilhões em 2030, um aumento de 43,9% em relação a 2010 (CARNEIRO, 2013).

Pressionado pela responsabilidade de aumentar as potencialidades de saúde dos idosos em níveis que lhes permitam conservarem-se no contexto familiar com autonomia, autoestima e qualidade de vida, ao sistema de saúde coube criar alternativas para essas situações.

Na análise desse contexto, a existência de uma modalidade de atenção à saúde em domicílio voltada à pessoa idosa vem se estabelecendo por diferentes motivações, tais como:

---

PIB resultasse em aumento maior do que o anteriormente calculado o que significa que tudo foi mantido como antes.



- racionalização no uso de leitos hospitalares, evitando o risco de infecções;
- maior possibilidade de humanização do atendimento, considerando que o idoso permanece no ambiente familiar;
- monitoramento das doenças crônicas na própria residência do idoso, que não necessita, assim, deslocar-se ou esperar em filas;
- efetiva redução dos custos e gastos, tanto para o sistema de saúde quanto para as famílias<sup>7</sup>.

Nesse sentido, a Assistência Domiciliar, que integra diferentes documentos oficiais e não se constitui em modalidade nova na realidade brasileira, passa a fazer parte do modelo primário de atenção à saúde, inserida inclusive nas unidades de saúde que têm na família o direcionamento da sua ação programática.

Embora a assistência humanizada seja premissa básica da AD, na prática a prioridade continua centrada no modelo assistencial que enfatiza o medicamento, as técnicas e a tecnologia.

É importante assinalar que a AD se torna de difícil execução pelos enfrentamentos do profissional com a vulnerabilidade nas relações de trabalho, cujas vinculações são quase sempre precárias e com duração temporária, haja vista que são estabelecidas sem concurso público, portanto, sem qualquer proteção social e econômica.

---

<sup>7</sup> Para Diogo e Duarte (2006, p. 1123), a assistência domiciliária pode reduzir em até 70% os custos assistenciais comparativamente às mesmas intervenções realizadas em ambiente hospitalar.

Este artigo toma dados da pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos do Envelhecimento<sup>8</sup>, selecionando as seguintes questões das 45 que fizeram parte da pesquisa: assistência humanizada, insegurança no trabalho, jornada e renda, autopercepção sobre o trabalho, além das variáveis: idade, escolaridade, sexo, naturalidade, estado civil e religião. O interesse foi analisar como o enfermeiro que atua na atenção primária operacionaliza o discurso oficial da humanização na saúde ou, em outros termos, qual o discurso que incorpora, a partir das condições de trabalho com as quais convive. As respostas a estas questões constituem o foco da análise aqui proposta.

### **É POSSÍVEL HUMANIZAR UMA SAÚDE CADA VEZ MAIS TECNICISTA?**

Há uma queixa generalizada entre a população acerca da forma como o atendimento da saúde é feito atualmente. Fala-se na desumanização do atendimento à saúde, e essa desumanização, dizem, passa pela inserção cada vez maior de técnica/tecnologia, menos de escuta, passa pela demora para marcar consultas/exames e passa também pela relação fria e distante entre profissional e usuários do sistema público de saúde.

---

<sup>8</sup> Objetivando conhecer um pouco mais da AD na realidade do entorno da UESC, o Núcleo de Estudos do Envelhecimento desenvolveu a pesquisa *Assistência Domiciliária (AD) oferecida pelas UBS e ESF aos idosos de Itabuna e Ilhéus, BA*. Para este artigo, foram selecionadas algumas questões da pesquisa acima, cujas respostas foram específicas do profissional da enfermagem.

Se anos atrás havia um tempo para a escuta das queixas, hoje essa chance é reduzida, considerando que a população dependente de atendimento é cada vez maior e a disponibilidade dos profissionais é cada vez menor, dado o envolvimento com vínculos diferentes de trabalho.

Não se têm dúvidas de que os avanços tecnológicos em diagnósticos e terapêuticas têm sido significativos nos últimos anos, e esses recursos têm trazido benefícios importantes, seja pelas possibilidades de prolongamento da vida, seja pela redução ou eliminação da dor, seja pela cura de doenças que trazem sofrimento, seja porque melhoram a qualidade de vida daqueles portadores de doenças crônicas, seja até mesmo porque permitem alterar as fronteiras do corpo, através de cirurgias plásticas e silicones, mantendo-o sempre jovem, especialmente onde a cultura da aparência comanda os investimentos na imagem (D' ALENCAR, 2007).

Considerando os benefícios trazidos pela tecnologia, pode-se dizer que seria ela a responsável pela desumanização do atendimento à saúde da população? Em primeiro lugar é preciso pensar no modelo de saúde ainda prevalente, antes voltado à doença do que ao doente, este promovido a objeto sem qualquer autonomia.

Não se têm dúvidas do considerável progresso da ciência biomédica nas últimas décadas. No entanto, a compreensão da doença apenas por mecanismos biológicos não traduz progressos quando se trata de assistência à saúde. Assim, a relação entre medicina e saúde, se reduzida à intervenção biomédica, ainda

que extremamente útil em emergências individuais, pouco efeito terá sobre a saúde de populações inteiras (CAPRA, 2012).

Em segundo lugar, a despersonalização, a partir da frieza na interação profissional-pessoa doente, em que este não participa do seu projeto terapêutico, caracteriza uma relação de poder do profissional sobre a doença e seu portador. Trata-se de atitude que, enquanto mantida dentro do sistema de saúde, somente os médicos terão a responsabilidade por todos os aspectos da saúde (CAPRA, 2012).

Em terceiro lugar, há uma questão central nessa relação, que é o custo dos aparatos tecnológicos na saúde, não acessível a qualquer um, o que gera desequilíbrio social quando a necessidade passa por procedimentos e técnicas nem sempre condizentes com a capacidade financeira de quem deles necessita. O excessivo uso de alta tecnologia na assistência médica, além de antieconômico, causa dor e sofrimento desnecessários (CAPRA, 2012).

Assim, e de acordo com Bermejo (2008, p. 31-32), a desumanização não é problema promovido pela tecnologia, mas pelo próprio homem. Ela surge quando não se considera cada indivíduo como sujeito único; quando não se introduz o princípio da responsabilidade; quando se produz déficit de atendimento na saúde com falta de materiais básicos, falta de profissionais em quantidade e qualidade, considerando que humanizar tem a ver com a competência profissional dos agentes de saúde; quando não se disponibiliza recursos capazes de suprir as demandas da população em estado de vulnerabilidade; quando se

estabelece relação de superioridade em relação aos usuários do serviço de saúde e até mesmo dos profissionais entre si.

### **PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE: DESAFIO PARA UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA**

O trabalho é a atividade peculiar do trabalhador. Diferente de outros animais, o homem usa o trabalho não só para transformar a realidade, mas para criar significados, isto porque, atuando sobre o mundo e objetos, ele os transforma ao mesmo tempo em que transforma sua própria natureza. Assim, o enfermeiro, no seu trabalho cotidiano, busca satisfazer as suas necessidades materiais (casa, comida, roupa, lazer) e, também, as necessidades afetivas como reconhecimento e satisfação.

Para Soratto e Olivier-Heckler (1999, p. 112), “o trabalho, enquanto atividade criativa e de transformação, modifica não apenas o mundo, mas, também, o homem que o executa”. Deduz-se, pois, que ao mesmo tempo em que o trabalho engrandece, ele pode, também, degradar, principalmente porque nele o trabalhador deposita queixas e insatisfações, ao mesmo tempo em que inclui alegrias e sonhos.

Analisando a questão da injustiça no trabalho, Dejours (2001) afirma que trabalhar não é apenas dedicar-se a uma atividade, mas, também, estabelecer relações com outrem. Assim, é necessário entender o processo de trabalho e as relações de poder, buscando compreender de que forma existe interferência destes na assistência prestada aos usuários.

A precarização do trabalho é tema cada vez mais recorrente no mundo todo, não só porque faz parte das expectativas de quem trabalha, mas de quem não trabalha ou é vinculado de forma precária. Essa precariedade tanto pode ocorrer pelas condições insalubres, pelo esforço/força exagerada para desenvolvê-lo, pela baixa remuneração, pelas relações contratuais autoritárias e fraudulentas, pelo desrespeito às leis trabalhistas, pelo medo.

Segundo entendimento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS, que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto. Ainda segundo essas organizações, mesmo que o vínculo seja indireto, é necessário garantir o processo seletivo e, sobretudo, uma relação democrática com os trabalhadores.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) define como trabalho precário aquele geralmente mal pago, inseguro e insuficiente para sustentar um domicílio. Na realidade brasileira, inúmeras mudanças ocorreram nas condições de trabalho. Entre as várias iniciativas adotadas, inclusive, está a criação de organismos privados para administrar serviços públicos, tais como as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

Atualmente surgem novas propostas do Estado para a desprecarização dos vínculos em saúde, dentre elas a da implementação das Fundações Estatais

de Direito Privado (FEDP), onde é possível organizar todo o trabalho e gestão em saúde por meio de parâmetros da administração privada, regida pela exploração do trabalho, autonomia financeira e pela relação público-privada. Nessas parcerias, o governo planeja o serviço a ser executado, define as metas de produção e de qualidade, garante os recursos orçamentários para o custeio dos serviços e cobra os resultados previamente definidos em contrato. Os resultados alcançados devem ser supervisionados e avaliados por uma comissão específica, integrada, dentre outros, por representantes dos Conselhos de Saúde, nas três esferas, que verificam o cumprimento das metas estipuladas no contrato de gestão.

Nesse sentido, quando questionados acerca da insegurança e rotatividade, os profissionais afirmam que isso atrapalha o processo de trabalho (89%) e, principalmente, a criação de vínculo, estabelecimento de confiança com o usuário, além da frustração de ambos com a descontinuidade da assistência prestada. Isso acontece mesmo com o que fora estabelecido pelo PNH, de que todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e que os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial (BRASIL, 2004). Na realidade analisada, a situação vem se tornando desafiadora para os profissionais, vinculados ao sistema de saúde por contratos precários e inseguros quanto a sua duração.

Com a precariedade nos contratos, os profissionais tornam-se reféns das prefeituras dos municípios onde trabalham. Acredita-se que, tanto por essa fragilidade contratual, quanto pela baixa remuneração

apontadas pelos entrevistados, 39% deles possuem mais de um vínculo empregatício.

Esta situação do multiemprego na saúde, aliada aos efeitos da acumulação das escalas de serviço, o consequente aumento da jornada de trabalho e a insegurança em mantê-los, resultam em tensão constante desse profissional nos serviços que desenvolve, tanto pela natureza do cuidado prestado às pessoas em situações de risco, como pela divisão do trabalho e hierarquia presentes na equipe de saúde, inclusive a convivência com profissionais que mesmo com carga horária menor têm salário maior, em um modelo de saúde pública que sugere não haver superioridade de um profissional sobre outro.

Essa lógica de superioridade salarial de uma categoria sobre outra, dentro do mesmo espaço de trabalho, com visível sub-remuneração do enfermeiro nas unidades de saúde, é um aspecto que está a merecer consideração.

De acordo com o DIEESE (2009), a redução do valor real dos salários se reflete tanto no aumento das jornadas médias semanais, como também no número de trabalhadores com mais de um vínculo contratual. Esta situação faz parte da realidade pesquisada, na medida em que a renda média mensal desses profissionais varia de dois e meio a cinco salários mínimos, quando trabalham apenas no PSF; e de cinco a dez salários mínimos quando fazem jornada dupla/tripla de trabalho, o que se constatou ocorrer em 39% da categoria.

Apesar da precária realidade que a pesquisa permite constatar, a criatividade dos profissionais conti-



nua mantida, no sentido de improvisar e adaptar os recursos de que dispõem para a prestação do cuidado qualificado. Isso foi constatado em 39% das respostas, quando questionados sobre o seu trabalho. Além da criatividade, esses trabalhadores ainda avaliam o trabalho como desgastante e estressante, ou divertido, mesmo em condições desfavoráveis.

Essa aceitação do trabalho precário é reflexo da busca pela manutenção do cargo, posição, salário. É necessário salientar que essa aceitação pode acarretar sofrimento desses trabalhadores, que se esforçam para estar à altura da organização do trabalho, com destaque para o alcance de metas em campanhas, consolidação de dados, atendimento de demandas numéricas dos programas, responsabilidade pela gerência da unidade, entre outras políticas verticais, ainda que muitas vezes não atendam às demandas específicas de uma população adscrita na área de abrangência.

As diferentes formas de inclusão dos trabalhadores da saúde no mercado de trabalho geram conflitos e incertezas que exigem a adoção de uma nova concepção de vínculo trabalhista no SUS, que erradique as relações precárias e valorize o trabalhador. Existem preocupações nesse sentido, inclusive com a criação, pelo governo federal, do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS por meio da Portaria nº 2430/GM, de 23 de dezembro de 2003. Apesar disso, a precarização contratual continua presente em prefeituras municipais por todo o País. Além disso, os Conselhos de Saúde e representativos da classe não parecem estar atentos a essa questão, nem mesmo a incluem

nas discussões e debates que fazem, talvez por não perceberem que vínculos precários de trabalho interferem diretamente na qualidade do atendimento prestado à população.

### **SAÚDE HUMANIZADA – DO QUE SE TRATA?**

Humanizar é termo amplo, complexo, polissêmico, utilizado a mancheias no ambiente acadêmico da área da saúde, especialmente por profissionais e estudantes da enfermagem. Os significados e circunstâncias em que é empregado são as mais variadas; pode-se entendê-lo como o oposto à animalidade e à violência, mas pode-se compreendê-lo como acolhimento, cuidado sensível, solidariedade, valorização da pessoa. Pode-se associá-lo, também, à ideia de qualidade, dignidade ou, ainda, tratá-lo como sinônimo de cidadania.

Embora se reconheça que as interpretações elencadas estão distantes da prática cotidiana dos sujeitos envolvidos com a questão do atendimento à saúde, a multiplicidade de significados apontada sugere que se trata de expressão que não se reduz à competência técnica de quem se envolve na relação/comunicação interpessoal, tampouco a um único significado.

No imaginário social, a expressão traduz ações de alguém buscando atender as necessidades de outro. Sob a ótica da saúde, os significados relacionam-se à qualidade da relação interpessoal entre profissionais e usuários, o que leva a uma compreensão de acolhimento e empatia, relacionando-se direta-

te com a defesa da vida, com o cuidado, com o respeito à individualidade e, por consequência, o respeito às diferenças.

Para a melhoria da qualidade da assistência prestada, bem como das condições de trabalho nos serviços de saúde, foi criada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Humanização (PNH), visando um atendimento de qualidade com avanços tecnológicos, acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado, além das condições de trabalho dos profissionais.

Essa Política<sup>9</sup> constitui-se em uma iniciativa que tem como princípios valorizar as práticas de atenção e gestão de acordo com o Sistema Único de Saúde, respeitando cada cidadão na sua individualidade e direitos, estimulando e fortalecendo o trabalho em equipe multiprofissional; apoiando a construção de redes cooperativas para a produção de saúde; preservando a autonomia de cada cidadão e fazendo-o protagonista das práticas de atenção à saúde. Também fortalece corresponsabilidades nos processos de gestão e controle social em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde e compromissos com a democratização das relações de trabalho; valorizando os profissionais; promovendo gestão compartilhada e participativa dos cuidados e atenção aos usuários; atenção às questões de violência e preconceitos durante o atendimento; respeito à privacidade; ambiente acolhedor e confortável e incentivo à educação permanente (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006).

---

<sup>9</sup> Políticas consideradas formas próprias de o Estado agir para atender às necessidades da população.

Embora a PNH sintetize uma proposta de desconstrução daquilo que o imaginário social percebe como desumanização no cotidiano de uso dos serviços de saúde, a realidade mostra um quadro ainda preocupante: filas intermináveis e longas esperas para atendimento, trabalhadores insensíveis ao sofrimento do outro, tratamentos e atitudes desrespeitosas, demoras na marcação e realização de exames, orientações incorretas e inadequadas, pessoas amontoadas em corredores hospitalares e unidades de saúde, muitas delas sem salas de espera e assentos insuficientes ou inexistentes, sem água para consumo, isolamento das pessoas de suas redes sócio-familiares nas consultas e internações, práticas autoritárias de gestão, condições concretas de trabalho precário, baixos salários, especialmente dos enfermeiros, carga horária de trabalho estressante, degradação nos ambientes e nas relações de trabalho são algumas das situações cada vez mais presentes na organização do trabalho em saúde.

Essa política, que deveria ser transversal a toda rede do Sistema Único de Saúde, ou a todo o sistema de saúde, como propõe, não parece ter sido compreendida pelos gestores e profissionais inseridos no sistema. Isso se dá pela complexidade dos inúmeros conceitos sobre a mesma, além de considerada, muitas vezes, como inalcançável.

Dessa forma, Bermejo (2008) afirma que falar de humanização ou humanizar alguns ambientes ou pessoas desumanizadas pressupõe partir da ideia de como deveria viver o ser humano para realizar-se plenamente como tal.

## **A HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DOMICILIAR AO IDOSO: A PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM**

Na área da enfermagem, a AD exige revisão do método de trabalho, até mesmo a partir das práticas curativas. Isso revela que as relações resultantes do processo de interação enfermeiro-paciente, na perspectiva do contexto do cuidado, precisam ser compreendidas como ação resolutiva, impregnada de sensibilidade ao sofrimento, solidariedade, atenção, respeito, enfim, cuidado na acepção autêntica da palavra.

Conceito polissêmico, considerado como o foco central da enfermagem, tem múltiplos construtos. Waldow (2006, p. 91) cita, por exemplo: aceitar, assistir os outros, ser autêntico, envolver-se, estar presente, confortar, preocupar-se, ter consideração, compaixão, tocar, proteger, compartilhar, compreender, ter habilidade técnica, demonstrar conhecimento e segurança, saber ouvir, ser paciente e responsável.

Falar em cuidado humanizado, como costumamos fazer, parece redundante, na medida em que a humanização, na perspectiva cotidiana do Sistema Único de Saúde consiste, exatamente, em atender as necessidades do outro com responsabilidade. Associando essa finalidade à da Assistência Domiciliária, o papel do enfermeiro passa a ter um caráter amplo, envolvendo o cuidado propriamente, orientações educativas de saúde junto à pessoa a ser cuidada e sua família, o que exige estratégias individuais e coletivas, além de tratamentos de doenças e reabilitação, todas desenvolvidas em domicílio. Exige, portanto, competência técnica, respeito, condição adequada de trabalho.

Os enfermeiros desta pesquisa são jovens (têm idades entre 21 e 40 anos), predomínio feminino (89%), com especialização (72%), sendo apenas uma dessas em Gerontologia. Casados (27%) e destes apenas um mantém jornada dupla de trabalho. Esses profissionais são oriundos da Bahia (86%) e Rio de Janeiro; são católicos (61%) e evangélicos (22%), além de kardecistas e autodeclarados sem religião.

Embora sejam consideradas todas as limitações, especialmente pela precarização vivida no ambiente de trabalho, os conhecimentos adquiridos na trajetória do ambiente acadêmico podem fazer diferença, especialmente em relação ao modelo de saúde atualmente vigente. Por serem jovens na idade, e provavelmente jovens na formação, podem assumir uma posição privilegiada na promoção de cuidados à população, capazes de reduzir não só as hospitalizações, mas as possibilidades de adoecimento, diagnosticando os fatores de risco, despertando o interesse e responsabilidade pelo autocuidado, pela solidariedade entre familiares e comunidade de pertencimento, através da sensibilização e orientação educacional, e da promoção da saúde.

Ao responder à questão proposta: “O que você entende por assistência humanizada?”, os profissionais sinalizaram diversos significados, que podem se aproximar do conceito de humanização apregoado pelo PNH, quando analisados isoladamente. Das respostas mencionadas, 35% dos entrevistados entendem a assistência humanizada como assistir o paciente na sua totalidade, expresso na seguinte afirmação: [...] *Atuar na vida patológica, emocional, social e psicológica (e13),*

resposta compatível, em parte, com o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) que define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, ainda que compreenda que os problemas de ordem social fogem à competência do profissional da saúde, ele mesmo, muitas vezes, vítima desses mesmos problemas.

Outros 23,5% atribuem à humanização o mesmo que acolhimento e escuta, referido em [...] *Uma assistência qualificada, de acolhimento, promover a escuta; é direito deles (e15).*

Para Torres e Sandoval (2003), a empatia nasce da escuta, da atenção e da observação objetiva de tudo quanto procede do outro. Essa interação entre dos profissionais entrevistados, a exemplo da falaseguinte: [...] *É você acolher bem, tratar bem, tentar resolver o problema do paciente da melhor forma possível (e1).*

A partir dessa fala pode-se notar que as questões-sentimentais, históricas da profissão, ainda estão-presentes entre profissionais atuantes nas unidades de saúde pesquisadas, pontuadas especificamente aqui nos enfermeiros, mesmo quando se propõem à resolução dos problemas.

Os profissionais enfermeiros não têm oportunidades de atualização profissional pelos vínculos precários estabelecidos, não participam de congressos, encontros, dentre outros, o que dificulta ainda mais a oferta de um serviço mais qualificado. Embora se mostrem conscientes do importante papel que desempenham, inclusive de acolhimento e da necessidade

da resolução de problemas de saúde da população demandante do serviço, esses profissionais nem sempre qualificam, como deveriam, o atendimento que disponibilizam ao idoso.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do exposto, a pesquisa permitiu constatar que os profissionais entrevistados conhecem os conceitos que dão sustentação às diretrizes e princípios da Política Nacional de Humanização, mas na prática cotidiana da assistência nem sempre conseguem desenvolvê-los, tanto pela alienação que o serviço e o processo de trabalho precário e tecnicista imprimem, como pela formação deficiente no nível de graduação. Considerando as respostas dadas aos questionamentos sobre formação e trabalho, é necessário que sejam dispostas nos currículos as temáticas relacionadas ao envelhecimento, políticas públicas de saúde para a velhice e assistência domiciliar, ambientando o acadêmico na realidade nacional, fornecendo campos de práticas para esse aprimoramento associado à formação. É imprescindível, do mesmo modo, que os profissionais tenham acesso a treinamentos e atualização de conhecimentos, participação em congressos, seminários, para que sejam efetivadas trocas de experiências com profissionais de outras realidades, o que ajuda no desenvolvimento de uma visão crítico-reflexiva da sociedade e o entendimento das relações sociais, inclusive na produção do cuidado em saúde.

Acredita-se ainda que o domínio desses conhecimentos pode gerar uma efetiva assistência de quali-



dade, coadunando-se com os princípios e diretrizes propostas no Sistema Único de Saúde (SUS). Isso sem esquecer que a inclusão das disciplinas gerontologia e geriatria nas matrizes curriculares dos cursos de graduação integra a Política Nacional do Idoso, e é lei desde 1994 (BRASIL, 1994).

## REFERÊNCIAS

ANDREWS, GA. Los desafíos del proceso de envejecimiento en las sociedades de hoy y del futuro. In: Encuentro Latino-americano y Caribeño sobre las personas de edad, 1999, Santiago. Anais. Santiago: CELADE. 2000. P. 247-256. (Seminários y Conferencias – CEPAL, 2).

BERMEJO, José Carlos. Humanizar a saúde – cuidado, relações e valor. Petrópolis: Vozes. 2008.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994. Dispões sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: DF. 1994.

BRASIL. Casa Civil. Lei n. 10.741, de 1º de outubro 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: DF. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília, 2003b. Disponível em: <<http://.saude.gov.br>>. Acesso em: 28 de mai. 2013

BRASIL Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS, online. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_base.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf)> Acesso em: Set 2013.

BRASIL Ministério da Saúde. HumanizaSUS: gestão participativa e cogestão. Textos Básicos de Saúde, online. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://.saude.gov.br>>. Acesso em: 23 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Série Pactos pela Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas& respostas– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.32 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dicas de Saúde: Acolhimento, 2008. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>>. Acesso em: 28 de julho. 2013.

CAPRA, Fritjof. O Ponto de Mutação A ciência, a sociedade e a cultura emergente. Tradução: Álvaro Cabral. Editora Cultrix. 30. ed. 2012.

CARNEIRO, Augusto Luis& Col. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, São Paulo: IESS [org], 2013. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/envelhementopop2013.pdf>> Acesso em: Nov. 2013

D'ALENCAR, R. S. Velhice e Função Social do Corpo. In: Memorialidades, 7 - 8 jan/dez., 2007.

DIEESE. O trabalho na saúde – 1998-2008. Boletim: Trabalho na Saúde. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – Seade / Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos – DIEESE. Ano 1 – nº 1 – dezembro 2009

DIOGO, M. J. D. E.; DUARTE, Y. A. Cuidados domiciliares: conceitos e práticas. In: FREITAS, E.V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1122-1130

DEJOURS, C. A banalização da injustiça social. Tradução de Luiz Alberto Monjardim. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV. 2001.

IBGE. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 1990, 1992, 1999, 2002, 2005. Apud Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=MS33>>. Acesso, 10 de novembro de 2013.

IBGE/PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/perfilidoso>>. Acesso em 25 de maio de 2013.

SORATTO, Lúcia; OLIVIER-HECKLER, Cristiane. Os trabalhadores e seu trabalho. In: CODO, Wanderley (Coord.). Educação: carinho e trabalho. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999, p. 89-110.

TORRES, Haroldo S.; SANDOVAL, José M. H. Saber escutar o paciente: Um remédio a sero da promoção da saúde [Monografia]. 2003. Disponível em: <[http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/1/1e/Saber\\_escutar\\_o\\_paciente-Haroldo\\_e\\_Maximiliano.pdf](http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/1/1e/Saber_escutar_o_paciente-Haroldo_e_Maximiliano.pdf)> Acesso em: Nov 2013.

WALDOW, V. R. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes, 2006

Recebido em novembro de 2015  
Aceito em agosto de 2016