

## La humanización del cuidado bajo la perspectiva de los equipos de la estrategia de salud de la familia en un municipio del interior paulista, Brasil<sup>1</sup>

Maria José Sanches Marin<sup>2</sup>

Luana Vergian Storniolo<sup>3</sup>

Maria Yvette Moravcik<sup>4</sup>

Este estudio tuvo como objetivo analizar la comprensión referente a la humanización del cuidado a partir de la perspectiva de profesionales que componen los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia. Se trata de estudio cualitativo, realizado en un municipio del interior del estado de Sao Paulo, a partir de entrevistas con 20 profesionales. En el análisis de los datos fue utilizado el método de interpretación de los sentidos, basado en la perspectiva hermenéutica-dialéctica. El significado de la humanización para los profesionales entrevistados comprende una perspectiva ampliada, que incluye principios éticos y la facilidad para acceder al cuidado. Las dificultades se refieren a la falta de profesionales preparados, excesiva demanda y deficiencias en la organización del servicio. Los profesionales presentaron como propuesta formar y calificar profesionales, adecuar las actividades al papel profesional y mejorar la organización de los servicios. Los profesionales demuestran comprender el significado de la humanización y reconocen la necesidad de enfrentar las dificultades.

Descriptor: Humanización de la Atención; Grupo de Atención al Paciente; Salud de la Familia.

<sup>1</sup> Artículo parte del proyecto de investigación de inicio científico (modalidad brasileña de investigación). Apoyo financiero del Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), proceso nº 2008/55576.

<sup>2</sup> Enfermera, Estudiante de Postdoctorado, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil. Profesor, Faculdade de Medicina de Marília, SP, Brasil. E-mail: marnadia@terra.com.br.

<sup>3</sup> Alumna del curso de Graduación en Medicina, Faculdade de Medicina de Marília, SP, Brasil. Becado de início científico FAPESP. E-mail: luanastorniolo@hotmail.com.

<sup>4</sup> Médica, Especialista en Dermatología, Faculdade de Medicina de Marília, SP, Brasil. E-mail: somebody@terra.com.br.

---

Correspondencia:

Maria José Sanches Marin  
Faculdade de Medicina de Marília  
Rua: Monte Carmelo, 800  
Bairro Fragata  
CEP: 17500-000 Marília, SP, Brasil  
E-mail: marnadia@terra.com.br

## **A humanização do cuidado na ótica das equipes da estratégia de saúde da família de um município do interior paulista, Brasil**

Este estudo teve como objetivo analisar a compreensão referente à humanização do cuidado, sob a ótica de profissionais que compõem as equipes da Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de estudo qualitativo, realizado em um município do interior paulista, a partir de entrevistas com 20 profissionais. Na análise dos dados, foi utilizado o método de interpretação de sentidos, baseado na perspectiva hermenêutico-dialética. O significado da humanização, para os profissionais entrevistados, compreende olhar ampliado, respeito aos princípios éticos e facilitação ao acesso. As dificuldades se referem à falta de profissionais preparados, excessiva demanda e deficiências na organização do serviço. Eles apresentaram, como proposta, formar e qualificar profissionais, adequar as atividades ao papel profissional e melhorar a organização dos serviços. Os profissionais demonstram compreender o significado da humanização e reconhecem a necessidade de enfrentamento das dificuldades.

Descritores: Humanização da Assistência; Equipe de Assistência ao Paciente; Saúde da Família.

## **Humanization of Care from the Perspective of the Family Health Strategy Teams in a City in the Interior of São Paulo, Brazil**

This study analyzes the understanding of professionals composing teams of the Family Health Strategy concerning humanization of care. This qualitative survey was carried out in a city in the interior of São Paulo through interviews with 20 professionals. The data analysis method used was Interpretation of Meanings based on the hermeneutic-dialectic perspective. The meaning of humanization according to the interviewed professionals includes an enlarged view, respect for ethical principles and facilitated access. The difficulties refer to the lack of prepared professionals, excessive demand and deficiencies in service organization. The professionals propose to educate and qualify professionals, make activities adequate given the professionals' roles and improve the organization of services. The professionals demonstrate understanding of the meaning of humanization and acknowledge the need to cope with difficulties.

Descriptors: Humanization of Assistance; Patient Care Team; Family Health.

### **Introducción**

Para atender a las necesidades de la salud de la población está siendo propuesto por el Sistema Único de Salud (SUS) modificar el modelo de atención a la salud vigente en el país, frente al cual se han delineado claramente las características de fragmentación del cuidado y centralización en la enfermedad y en los aspectos biológicos y curativos. Los cambios propuestos son orientados por los principios de la integralidad de la atención, universalidad del acceso, descentralización político-administrativa, búsqueda de la equidad y la incorporación de nuevas tecnologías, conocimientos y prácticas<sup>(1)</sup>.

Pautada en esos principios, la Estrategia de la Salud de la Familia (ESF) viene siendo implantada,

desde la década del 90, como forma de reorientación de los servicios de salud por medio de intervenciones en lo tocante a exposiciones, vulnerabilidades y necesidades de los individuos, lo que posibilita a los profesionales del equipo la comprensión ampliada del proceso salud/enfermedad y la necesidad de contar con acciones que van más allá de las prácticas curativas<sup>(2)</sup>. Por esa estrategia, se eligen, como puntos centrales, el establecimiento de vínculo y la creación de lazos de compromiso y de responsabilidad entre los profesionales de la salud y la población<sup>(1)</sup>.

En esa construcción, la Política Nacional de Humanización (PNH) puede ser considerada un eje, ya que incluye, en sus directrices y prioridades, todos

los sujetos envueltos en el proceso de producción de salud, proponiendo transformaciones en las relaciones sociales de los actores participantes. Por el lado de la administración, se busca la implementación de instancias colegiadas y la horizontalidad de las decisiones, el trabajo en equipo, la valorización y participación de los actores, y, la corresponsabilidad de gestores, trabajadores y usuarios. En el campo de la atención, esta política tiene por objetivo la accesibilidad e integralidad de la asistencia, la obtención de un vínculo entre los servidores/trabajadores y población, así como el avance de la "clínica ampliada", lidiando con las necesidades de los sujetos<sup>(3)</sup>.

Caminar en esta dirección representa un gran desafío para el sistema de salud, ya que implica cambio cultural en la atención a los usuarios y en la administración de los procesos de trabajo. Tornar a la salud como un valor de uso es garantizar los derechos de los usuarios y sus familiares, es estimular el control social, pero es también dar mejores condiciones de trabajo para que los profesionales lo efectúen de modo digno, creando nuevas acciones y participando efectivamente como sujetos del proceso de trabajo<sup>(4)</sup>.

Las iniciativas de humanización serán comprendidas en su totalidad cuando los profesionales de la salud perciban el valor de su papel en ese contexto y crean en la capacidad humana de construir un mundo mejor y más justo. En esa perspectiva, la humanización en la atención demanda el desarrollo de la consciencia crítica de los profesionales buscando implementar un cuidado con calidad<sup>(5)</sup>.

Se destaca, también, que los servicios de salud son producidos por el encuentro entre quien produce y quien recibe, o sea, la producción es singular y sucede en el propio acto. La producción del cuidado en salud, por tanto, es fundada en una intensa relación interpersonal, dependiente del establecimiento de vínculo entre los envueltos para la eficacia del acto<sup>(6)</sup>, lo que significa tener sensibilidad para el escuchar y el dialogar, manteniendo relaciones éticas y solidarias. Cabe a los profesionales de la salud, por lo tanto, construir el proceso de inclusión de las personas, familias y comunidad en el proceso de atención a la salud<sup>(7)</sup>.

En la convivencia con la atención básica a la salud, se evidencia que todavía se trabaja con conceptos, directrices y prácticas contra-hegemónicas y, que no hay actores preparados para cumplir las tareas propuestas<sup>(8)</sup>. Tal hecho lleva a constantes desafíos buscando estrategias innovadoras adecuadas a cada realidad, demandando persistencia y creatividad en la comprensión y enfrentamiento de la diversidad y

complejidad de las necesidades enfrentadas diariamente en los servicios de salud.

Delante de la relevancia de la política de humanización en la construcción de un nuevo modelo de atención, el desafío de su implementación impone a los actores envueltos en el proceso y la necesidad de obtener informaciones que puedan contribuir con la mejoría de las condiciones de humanización; el estudio tiene como objetivo analizar la comprensión referente a la humanización del cuidado, a partir de la perspectiva de profesionales que componen los equipos de ESF, en un municipio del interior paulista.

## Metodología

Se trata de un estudio cualitativo. El municipio donde el estudio fue realizado cuenta hoy con una población aproximada de 220.000 habitantes. La ESF atiende aproximadamente a 40% de la población, con 29 unidades instaladas en los locales de mayor carencia socioeconómica y, por tanto, de mayor dificultad de acceso de la población a los servicios de salud. De manera general, las unidades atienden los requisitos mínimos necesarios a su implantación, conforme preconiza el Ministerio de la Salud, en relación a la estructura física, composición del equipo mínimo y desarrollo de los programas nacionales básicos.

Para definición del muestreo fueron sorteadas cuatro Unidades de Salud de la Familia (USF), una en cada región de la ciudad (norte, sur, este y oeste). Tales unidades son citadas en el estudio como 1, 2, 3 y 4, respectivamente. En cada unidad fueron convidados a participar el Médico (M), el Dentista (D), el Enfermero (E), además de un Auxiliar de Enfermería (AE) y un Agente Comunitario de Salud (ACS), un total de 20 sujetos.

La recolección de datos sucedió en los meses de noviembre y diciembre de 2008, por medio de entrevistas, con preguntas semiestructuradas, las cuales fueron grabadas digitalmente, siendo posteriormente transcritas por una persona con experiencia.

En la realización de las entrevistas fueron seguidos los siguientes principios para una muestra cualitativa: (a) escoger los sujetos que poseen los atributos relacionados a lo que se pretende estudiar; (b) considerar tales sujetos en número suficiente para que pueda haber reincidencia de las informaciones; (c) considerar la posibilidad de inclusiones sucesivas de sujetos hasta que sea posible la discusión densa de las cuestiones de la investigación. En la constitución de la muestra, se busca la representatividad que permite profundizarse en la temática<sup>(9)</sup>.

Para el análisis de los datos se utilizó la perspectiva hermenéutica-dialéctica, teniendo como referencia los principios del *método de interpretación de los sentidos*, los cuales se dirigen para la interpretación del contexto, de las razones y de la lógica de las declaraciones, de las acciones, correlacionando los datos al conjunto de interrelaciones y coyunturas, entre otros cuerpos analíticos<sup>(10)</sup>.

De acuerdo con esa perspectiva, fue realizada la lectura comprensiva de las narraciones contenidas en la transcripción de las entrevistas y, a partir de ahí, fueron identificadas las regularidades y vivencias singulares, por medio de los sentidos subyacentes a las ideas descritas en las entrevistas. Por último, se elaboró una síntesis interpretativa, basada en la confrontación de los puntos de vista y de las expresiones de las experiencias de los actores. En esa síntesis, fueron incorporadas, de forma crítica, las consideraciones de los autores sobre las interpretaciones producidas por los profesionales de la ESF, buscando dar mayor visibilidad al significado atribuido a la humanización, así como a las dificultades y sugerencias presentadas.

El estudio contó con la autorización del Secretario de Salud del Municipio y aprobación del Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Facultad de Medicina de Marília. Los profesionales fueron esclarecidos sobre la finalidad del estudio y, para participar, firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido.

## Resultados y Discusiones

Conforme propuesto, fue posible aprender núcleos de sentido referentes a la comprensión de los profesionales de la ESF en cuanto a la humanización del cuidado, así como a las dificultades encontradas y a las sugerencias de mejoría.

### El significado de la humanización

Al atribuir significados a la humanización del cuidado, se observa que los profesionales del equipo de la ESF citan algunos aspectos que se aproximan de los principios y directrices del Sistema Único de Salud (SUS), los cuales ya traducen, en sus proposiciones, aspectos relevantes de la humanización.

En el conjunto de las declaraciones de esos profesionales se destaca que el significado de la humanización comprende una perspectiva ampliada para contener las necesidades de salud de los usuarios, respeto a los principios éticos y facilidades para acceder a los servicios de salud.

En los significados extraídos de las declaraciones de los profesionales que indican humanización como una dimensión ampliada, se incluye la importancia de considerar los aspectos biopsicosociales y el contexto de vida de las personas, conforme las declaraciones siguientes:

*... yo creo que el cuidado no es sólo en el aspecto biológico, yo trato siempre de considerar el lado humano, el lado psicológico, el lado social de la persona... yo trato de tener un vínculo. M4*

*...la visión que usted tiene de él, no como enfermedad pero como una persona, entonces eso ya es el primer paso para humanizar. M1*

*... nosotros estamos acompañando a esos pacientes en el contexto de vida de ellos. ACS1*

Tomando como base una perspectiva ampliada del significado de la humanización, los resultados revelan que los profesionales consideran la necesidad del usuario más allá de la enfermedad y de su cuerpo, aproximándose de la propuesta de Clínica Ampliada, que propone una transformación en la atención individual e colectiva, de forma a posibilitar que los sujetos sean comprendidos en su integralidad. En la Clínica Ampliada se lidia con la singularidad de cada sujeto, sin abrir mano de la ontología de las enfermedades y sus posibilidades de diagnóstico e intervención<sup>(11)</sup>.

Para los profesionales del equipo de la ESF, la humanización del cuidado también comprende considerar los principios éticos, como el respeto por el otro, la dignidad, la autonomía y el colocarse en el lugar del otro.

*... es tratar a la persona como un ser humano, con dignidad, con respeto y es lo que propone el modelo de reorientación de salud básica... E4*

*... el respeto; la atención, viendo a cada familia con su forma de ser, de pensar, de actuar... ACS4*

*... salir concientizado de la importancia del paciente, como también actor del propio proceso de mejoría de él. M2*

*... entonces yo trato de colocarme en el lugar de ellos como paciente mismo, para transmitir a ellos lo que me gustaría que fuese transmitido para mí... AE4*

En la atención a la salud, los principios éticos son indisolubles del proceso de humanización y significan, principalmente, entender a cada persona en su singularidad, creando condiciones para ejercer la autonomía. Además, para eso es preciso llevar en cuenta los valores y vivencias, preservando la dignidad del ser humano<sup>(12)</sup>.

A partir de esta comprensión, se puede desprender la existencia de una aproximación con la Política de Humanización por la posibilidad de constituir "un nuevo

orden relacional, pautado en el reconocimiento de la alteridad y en el diálogo<sup>(13)</sup>.

Según los profesionales de la USF, facilitar el acceso a los servicios de salud y reducir el tiempo de espera son aspectos que indican un cuidado humanizado, conforme sigue:

*... la atención humanizada es disminuir el tiempo de espera; atender prioridades de acuerdo con la necesidad de cada uno. D2*

*... cuando yo programo una consulta, por ejemplo, un RX o una especialidad, yo trato programar lo más próximo de la casa del paciente... la mayor dificultad que ellos encuentran es ir a buscar resultado de examen, ellos no tiene dinero... AE1*

Ese aspecto es enfocado por la PNH cuando propone, entre sus prioridades, tratar las dificultades de acceso de los usuarios a los servicios de salud y sus consecuencias.

La atribución de esos significados para la humanización de la atención a la salud señala que conscientemente los profesionales entrevistados vienen construyendo nuevos sentidos para su práctica. Es posible que esa forma de pensar pueda producir efectos en la propuesta de cambio, una vez que ya se ultrapasó la barrera de la comprensión de su necesidad.

### Las dificultades para la humanización

Los profesionales del equipo dejan entrever en sus declaraciones que la falta de profesionales preparados para actuar de acuerdo con una nueva lógica de atención y la excesiva demanda, además de las dificultades relacionadas a la organización de los servicios de salud, son aspectos que dificultan la humanización de la atención a la salud.

En lo que se refiere a la falta de profesionales preparados para actuar de forma humanizada, los sujetos apuntan tanto para la falta de sensibilidad como para la falta de perfil.

*Yo creo que la mayoría de los profesionales todavía no está sensibilizado para eso... todos los días usted tiene que estar tratando para eso, para no dejar pasar... M3*

*... es la cuestión de algunos profesionales que, a veces, no tiene el perfil del programa ¿verdad?... D4*

Las propuestas de humanización de la atención en salud también permiten repensar el proceso de formación de los profesionales de salud, el cual todavía tiene una fuerte herencia del modelo de enseñanza tradicional y tecnicista. Para esto, se propone que las prácticas educativas sean organizadas a partir de las necesidades de salud de la población, en lo cotidiano de las Unidades de Salud, atendiendo a la aproximación

entre la academia y los servicios de salud, de forma a hacer efectivas las directrices del SUS<sup>(14)</sup>.

El exceso de demanda, considerado como una dificultad para la humanización del cuidado, se debe, según los entrevistados de la ESF, a la falta de profesionales en el equipo, a las actividades realizadas que no corresponden al papel del profesional y al exceso de actividades burocráticas.

*... hoy, aquí, la dificultad nuestra son los agentes comunitarios que están faltando (es lo principal)... usted pierde vínculo... dificulta el acceso del paciente al servicio... AE1*

*... entonces es una demanda grande... nosotros no tenemos el trabajo sólo en las casas, en la calle, y nosotros también trabajamos aquí dentro de la unidad. ACS4*

*La verdad, nosotros estamos muy sobrecargadas de papeles, todo eso yo tengo que resolver, es papel para allá, es papel para acá. E3*

Estas dificultades apuntadas indican que la práctica cotidiana de los procesos de trabajo es fragmentada y burocratizada, propiciando la perpetuación del modelo de atención centrado en la acción curativa y enfocado en la queja, lo que contradice la propuesta de humanización.

En cuanto a los aspectos relacionados a la organización de los servicios de salud que dificultan la humanización del cuidado, los entrevistados incluyeron la limitación del acceso a la atención secundaria, la deficiencia de contra-referencia, además de la falta de materiales e el espacio físico inadecuado de las unidades.

*... la mayor dificultad que nosotros tenemos es la atención secundaria, porque cuando ellos salen de aquí yo no tengo más noticias de ellos... AE1*

*... faltan también especialistas, tenemos falta en muchas áreas... M2*

*... falta de material mismo, a veces, falta para procedimiento; eso, a veces, sale fuera un poquito de nuestras manos porque depende de otros sectores... M1*

*... el puesto aquí es muy pequeño... , una auxiliar está haciendo recolección en una sala y en la otra sala se está haciendo acogimiento... entonces tiene que esperar. AE3*

Las dificultades apuntadas por los profesionales entrevistados se aproximan de lo que se observa en la práctica de los servicios de salud en relación a la implementación de los principios del SUS, conforme descrito en el Documento Básico para Gestores y Trabajadores del SUS. En ese documento, se destacan, entre otras dificultades, la falta de complementariedad entre la red básica y el sistema de referencia; la burocratización y verticalización del sistema de salud; la baja inversión en la calificación de los trabajadores y,

la formación profesional distante de la formulación de la actual política de salud<sup>(4)</sup>.

Esas dificultades se presentan como limitantes de una atención a la salud humanizada. La clara deficiencia de acceso a los servicios especializados, por ejemplo, además de sobrecargar la atención básica por los constantes retornos del usuario a la unidad, desgasta la confiabilidad en los profesionales, a quienes cabe la responsabilidad de hacer el enfrentamiento cara a cara con el usuario.

Además la limitación en el cuadro de personal y la deficiencia de recursos materiales crean un ambiente desfavorable a las condiciones de trabajo, lo que contribuye para relaciones donde no hay respeto entre los profesionales, generando una asistencia fragmentada y, consecuentemente, deshumanizada<sup>(15)</sup>.

### Las sugerencias para la mejoría de las condiciones de humanización

Los profesionales del equipo de la ESF, de manera general, apuntan para recomendaciones que tienen por objetivo intervenir en las dificultades encontradas en su cotidiano, destacándose entre ellas la propuesta de formar y calificar profesionales de conformidad con esos principios, la adecuación de las actividades de acuerdo con el papel profesional y la mejoría en la organización de los servicios de salud.

En lo que se refiere a la propuesta de formar y calificar los profesionales de conformidad con los principios de la política de humanización, las ideas que se destacan se refieren a la necesidad de desarrollar el programa de Educación Permanente (EP), a la capacitación profesional, principalmente por ocasión de la admisión, para actuar en los servicios de salud y, a la formación profesional dirigida a aspectos humanizados del cuidado. Las declaraciones abajo ilustran esas ideas:

*... EP (Educación Permanente) en la unidad... cuestionando, viendo su práctica en lo cotidiano usted está reflexionando para revertir eso de una forma más productiva... D4*

*... es desde la formación... para que él ya tenga esa formación de la humanización, cosa que hace un tiempo atrás ellos no tenían... E1*

*... ellos [los profesionales] podrían haber sido más capacitados, no es dado ese énfasis de la humanización, es vista la cuestión de la preparación técnica... D3*

La necesidad de formar y calificar profesionales de salud para actuar en consonancia con el SUS es una condición cuyo enfrentamiento ya viene siendo realizado por medio de diferentes iniciativas ministeriales. Se citan, como ejemplos de esas iniciativas, los programas de incentivo al cambio en los cursos de graduación de

medicina (PROMED) y, más recientemente, el Pro-Salud para los cursos de enfermería, medicina y odontología y el Programa de Educación por el Trabajo para Salud (PET-Salud). Hay, además de eso, apoyo a la formación de especialistas y residentes, principalmente en salud de la familia, y la Política de EP.

Los profesionales del equipo proponen también la adecuación de los papeles, una vez que acaban realizando actividades que no les corresponden. Las declaraciones abajo apuntan para esos aspectos:

*... el agente comunitario tiene que hacer el servicio de él, que realmente es con las familias, que es en la calle, en la casa, en lo cotidiano... ACS2*

*... alguna secretaria me está ayudando en esa parte burocrática, para que sobrase más tiempo para hacer un trabajo humanizado... E3*

La necesidad de registros, en alguna medida, exigidos para la manutención del orden y control de la producción, desvía al profesional de salud del papel del cuidado.

Por último, se rescata de las expresiones de los profesionales de la salud, como su administración para la mejoría de las condiciones de humanización, una mejor organización de los servicios de salud. Siendo necesario que los gestores reconozcan las reales necesidades de los servicios, además de adecuar la estructura de las unidades y el número de profesionales para la atención de las necesidades.

*Yo creo que el equipo gestor... viene a conocer la unidad, viene a ver como es la demanda, para tener noción de lo que es el día a día aquí... AE4*

*En relación a espacio físico... con poco ruido, con temperatura adecuada, un lugar que no sea apretado.. E4*

*... más funcionarios, porque, a veces, la persona tiene que esperar un largo tiempo allá abajo para ser atendido... ACS3*

A pesar de que existe el reconocimiento de la existencia de posibilidades de mejoría de las condiciones de humanización, es preciso considerar las múltiples interfaces que ese proceso representa; iniciando con un presupuesto político-financiero a ser gastado, pasando por la comprensión y deseo de los gestores de los servicios de salud y culminando con la práctica cotidiana de los profesionales de la salud.

Inclusive considerando que ese proceso exija la responsabilidad de todos los actores envueltos, son los profesionales que componen el equipo de la ESF que precisan de mayor apropiación de la fuerza necesaria para los cambios, una vez que es, en la relación de ese profesional con el usuario, donde ocurre la deseada transformación de las prácticas.

## Consideraciones finales

El desafío de implantar una política de humanización en el contexto de la atención básica envuelve cuestiones complejas que implican cambios de postura de todos los sujetos envueltos en el proceso, tomando en cuenta a los profesionales que actúan directamente en el cuidado a la salud: gestores, formuladores de políticas públicas e instituciones formadoras<sup>(16)</sup>. En esta perspectiva, los resultados del presente estudio demuestran que los profesionales de la ESF comprenden que humanizar la atención de la salud significa tener una perspectiva amplia para las necesidades de la clientela, actuar de conformidad con principios éticos como respeto por el otro, dignidad y autonomía, además de facilitar el acceso a los servicios de salud y reducir el tiempo de espera. Estos aspectos indican una aproximación del significado de la humanización en la perspectiva de los profesionales con la PNH. Mismo frente a tal comprensión, al apuntar para las dificultades en el proceso de humanización, se observa la perpetuación de un modelo de atención

fragmentado y burocratizado que nada contribuye para las acciones integradoras y humanizadas.

Se destacan entre las dificultades identificadas en las declaraciones de los sujetos la falta de profesionales preparados, excesiva demanda y deficiencias en la organización del servicio.

Se presenta, como propuesta, formar y calificar profesionales de conformidad con los principios del SUS, lo que significa prepararlos para intervenir críticamente en la realidad de los servicios, objetivando su transformación, adecuada a las actividades del papel profesional; además, se debe mejorar la administración y organización de los servicios, por medio de soporte estructural, con profesionales calificados y calidad adecuada y, adecuando el flujo de atención en los diferentes niveles de atención a la salud.

Se concluye que caminar en la construcción de un modelo integrador y humanizado demanda gran esfuerzo y envuelve un profundo proceso de reflexión sobre la atención en la salud existente y en la deseada.

## Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à saúde. Departametro de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. 61p.
2. Noronha AB. Graduação: é preciso mudar. Radis. 2002 dezembro; (5):9-16.
3. Santos Filho SB. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Ciênc Saúde Colet. julho-agosto2007; 12(4):999-1010.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. 51p.
5. Simões ALA, Rodrigues FR, Tavares DMS, Rodrigues LR. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. Texto & Contexto Enferm. julho-setembro 2007; 16(3):439-44.
6. Merhy EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2002. 189 p.
7. Backes DS, Koerich MS, Lorenzini A. Humanizing care through the valuation of the human being: resignification of values and principles by health professionals. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007 janeiro-fevereiro; 15(1):34-41.
8. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo (SP): Hucitec; 2002. 304 p.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2006. 406 p.
10. Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2005. p. 185-221.
11. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciênc Saúde Colet. julho-agosto2007; 12(4):849-59.
12. Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Saúde Soc. setembro-dezembro 2004;13(3):30-5.
13. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciênc Saúde Colet. 2004;9(1):7-14.
14. Bourget MMM. Programa Saúde da Família: guia para o planejamento local. São Paulo (SP): Martinari; 2005. 102 p.
15. Backes DS, Lunardi VL, Lunardi WD Filho. A humanização hospitalar como expressão ética. Rev. Latino-Am. Enfermagem. janeiro-fevereiro 2006; 14(1):132-5.
16. Oliveira BRG, Collet N, Viera CS. A humanização na assistência à saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. março-abril 2006; 14(2):277-84.

Recibido: 14.4.2009

Aceptado: 16.3.2010

### Como citar este artículo:

Marin MJS, Storniolo LV, Moravcik MY. La humanización del cuidado bajo la perspectiva de los equipos de la estrategia de salud de la familia en un municipio del interior paulista, Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jul.-ago. 2010 [acceso en: \_\_\_\_\_];18(4):[07 pantallas]. Disponible en: \_\_\_\_\_