CAPÍTULO 03

HUMANIZAÇÃO E GOVERNANÇA DO CUIDADO NA ATENÇÃO À PESSOA IDOSA: DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

HUMANIZATION AND GOVERNANCE OF CARE IN OLDER ADULTS' HEALTH CARE: IMPLEMENTATION CHALLENGES IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS)

HUMANIZACIÓN Y GOBERNANZA DEL CUIDADO EN LA ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR: DESAFÍOS DE IMPLEMENTACIÓN EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD BRASILEÑO (SUS)

https://doi.org/10.63026/acertte.v1i1.300.3

Adriana Garcia Orfale
Angela Mitzi Hayashi Xavier
Viviane Cristina Longuini de Menezes
Jorge Eduardo de Menezes

RESUMO

O envelhecimento populacional brasileiro impõe desafios estruturais ao Sistema Único de Saúde (SUS), exigindo reorganização do modelo assistencial e fortalecimento das redes de atenção. Neste capítulo, analisa-se a humanização como dispositivo de governança do cuidado na atenção à pessoa idosa, considerando os desafios de implementação das políticas públicas no contexto federativo brasileiro. Trata-se de revisão integrativa da literatura realizada nas bases SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed/MEDLINE, abrangendo publicações entre 2006 e 2023. A análise temática evidenciou quatro eixos estruturantes: o distanciamento entre normatividade e prática institucional; as vulnerabilidades e a equidade na atenção à pessoa idosa; a ambiência e a organização dos serviços como dimensão da governança; e a educação permanente associada à capacidade institucional. Conclui-se que, embora consolidada no plano normativo, a humanização ainda enfrenta fragilidades na sua institucionalização, podendo assumir papel estratégico na reorganização do modelo assistencial desde que incorporada aos instrumentos formais de planejamento, financiamento e avaliação do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização da Assistência. Saúde da Pessoa Idosa. Governança em Saúde. Sistema Único de Saúde. Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

Brazil's population aging poses structural challenges to the Brazilian Unified Health System (SUS), requiring the reorganization of the care model and the strengthening of health care networks. This chapter analyzes humanization as a governance strategy for care in older adults' health, considering the challenges related to the implementation of public policies within the Brazilian federal context. An integrative literature review was conducted using the SciELO, Virtual Health Library (VHL), and PubMed/MEDLINE databases, covering publications from 2006 to 2023. Thematic analysis identified four structuring axes: the gap between normativity and institutional practice; vulnerabilities and equity in older adults' health care; the organization and environment of health services as dimensions of governance; and continuing education associated with institutional capacity. Although consolidated at the normative level, humanization still faces challenges in its institutionalization and may assume a strategic role in reorganizing the care model if effectively incorporated into the formal instruments of planning, financing, and evaluation within the SUS..

KEYWORDS: *Humanization of Care. Older Adults' Health. Health Governance. Brazilian Unified Health System (SUS). Public Health Policies.*

RESUMEN

El envejecimiento poblacional brasileño impone desafíos estructurales al Sistema Único de Salud Brasileño (SUS), exigiendo la reorganización del modelo asistencial y el fortalecimiento de las redes de atención. Este capítulo analiza la humanización como estrategia de gobernanza del cuidado en la atención a la persona mayor, considerando los desafíos de implementación de las políticas públicas en el contexto federativo brasileño. Se realizó una revisión integradora de la literatura en las bases SciELO, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y PubMed/MEDLINE, abarcando publicaciones entre 2006 y 2023. El análisis temático identificó cuatro ejes estructurantes: la distancia entre normatividad y práctica institucional; las vulnerabilidades y la equidad en la atención a la persona mayor; la organización y la ambiencia de los servicios como dimensiones de la gobernanza; y la educación permanente asociada a la capacidad institucional. Aunque consolidada en el plano normativo, la humanización aún enfrenta fragilidades en su institucionalización y puede asumir un papel estratégico en la reorganización del modelo asistencial si se incorpora efectivamente a los instrumentos formales de planificación, financiamiento y evaluación del SUS.

PALABRAS CLAVE: *Humanización de la Atención. Salud de la Persona Mayor. Gobernanza en Salud. Sistema Único de Salud Brasileño (SUS). Políticas Públicas de Salud.*

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional brasileiro constitui uma das mais significativas transformações demográficas do século XXI, configurando uma inflexão estrutural que tensiona o modelo de proteção social e impõe reconfigurações profundas no Sistema Único de Saúde (SUS). A transição demográfica em curso, marcada pela redução das taxas de fecundidade, pela queda da mortalidade e pelo aumento da expectativa de vida, altera substancialmente o perfil epidemiológico da população. Amplia-se a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, multimorbidades, condições degenerativas e situações associadas à perda de capacidade funcional, exigindo respostas sistêmicas mais complexas, contínuas e coordenadas.

Esse cenário desloca a atenção à pessoa idosa de um campo especializado e periférico para um eixo estruturante da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A centralidade das condições crônicas e da manutenção da capacidade funcional impõe a superação de modelos assistenciais fragmentados e hospitalocêntricos, ainda predominantes em muitas realidades locais. Conforme argumenta Mendes (2011), sistemas organizados em redes integradas são condição indispensável para enfrentar a complexidade das doenças crônicas, garantindo continuidade do cuidado e coordenação assistencial.

No plano normativo, o Brasil consolidou marcos importantes, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e a Política Nacional de Humanização (PNH), que afirmam princípios de integralidade, equidade, autonomia e participação. Contudo, a consolidação normativa não se traduz automaticamente em transformação das práticas. Persiste um hiato entre formulação e implementação, evidenciando limites institucionais, organizacionais e culturais na incorporação efetiva dessas diretrizes.

A humanização, nesse contexto, não pode ser compreendida apenas como atributo relacional ou postura ética individual dos profissionais. No âmbito do SUS, ela assume caráter político, organizacional e estratégico. Ao propor a indissociabilidade entre atenção e gestão, a PNH desloca o debate da esfera exclusivamente interpessoal para o campo da governança do sistema. Humanizar implica reorganizar processos de trabalho, redefinir fluxos assistenciais, qualificar ambiências e fortalecer dispositivos de participação.

Conforme elaborada por Ayres (2004), a categoria cuidado amplia essa compreensão ao situá-lo como prática ética e relacional que se realiza no encontro entre sujeitos. O cuidado pressupõe reconhecimento da singularidade, construção compartilhada de projetos terapêuticos e responsabilização mútua. Entretanto, para que esse encontro produza efeitos concretos, é necessário que o sistema ofereça condições organizacionais e estruturais que sustentem o trabalho vivo em ato, conceito desenvolvido por Merhy (2002) para designar a centralidade das tecnologias leves na produção da saúde.

Assim, a humanização pode ser interpretada como tecnologia leve estruturante da governança do cuidado. Ela articula dimensões clínicas, organizacionais e políticas, atravessando planejamento, gestão, avaliação e práticas assistenciais. Quando dissociada dos instrumentos formais de planejamento e monitoramento, tende a permanecer no plano discursivo; quando incorporada aos dispositivos de gestão, pode operar como eixo reorganizador do modelo assistencial.

No contexto do envelhecimento populacional, essa discussão ganha densidade adicional. A pessoa idosa frequentemente vivencia múltiplas vulnerabilidades, clínicas, funcionais, sociais e comunicacionais, que exigem respostas orientadas pela equidade. A humanização, portanto, não se reduz à cordialidade no atendimento, mas envolve adaptação estrutural, qualificação comunicacional, acessibilidade física e reorganização das redes de cuidado.

A problematização que orienta este estudo parte da seguinte indagação: em que medida a humanização tem operado, no âmbito do SUS, como dispositivo efetivo de governança do cuidado

na atenção à pessoa idosa, superando a condição de diretriz normativa e assumindo caráter estruturante do modelo assistencial?

Dessa forma, o objetivo é analisar, por meio de revisão integrativa da literatura, as interfaces entre humanização, políticas públicas e gestão em saúde na atenção à pessoa idosa, discutindo limites institucionais, desafios de implementação e possibilidades de consolidação da humanização como estratégia de governança do cuidado no contexto brasileiro.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico deste estudo organiza-se em três eixos. O primeiro discute o conceito de cuidado, articulando-o à integralidade e ao processo de trabalho em saúde. O segundo aborda a organização das Redes de Atenção à Saúde e os mecanismos de governança do cuidado. Por fim, analisa-se o envelhecimento populacional e suas implicações para a reconfiguração do modelo assistencial na atenção à pessoa idosa.

2.1 Cuidado, integralidade e produção do trabalho em saúde

Como categoria, o cuidado ocupa posição central no campo da Saúde Coletiva brasileira, constituindo-se como eixo analítico capaz de articular dimensões técnicas, éticas, políticas e organizacionais. Superar sua compreensão restrita à execução de procedimentos implica reconhecê-lo como prática relacional, situada histórica e institucionalmente.

Ayres (2004) propõe compreender o cuidado como encontro intersubjetivo orientado pela construção compartilhada de projetos de vida e de saúde. Nessa perspectiva, o cuidado não se limita à intervenção clínica sobre um corpo biológico, mas envolve reconhecimento da singularidade, diálogo, negociação de sentidos e corresponsabilização. A dimensão ética do cuidado desloca o foco da doença para o sujeito, ampliando o horizonte da integralidade.

A integralidade, conforme Mattos (2001), deve ser compreendida em múltiplos sentidos: como atributo das práticas, como princípio organizador do sistema e como diretriz das políticas públicas. Ela implica articulação entre promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, mas também integração entre necessidades individuais e respostas coletivas. No caso da atenção à pessoa idosa, a integralidade exige leitura ampliada das vulnerabilidades, incluindo aspectos funcionais, cognitivos e sociais.

Merhy (2002), ao analisar o processo de trabalho em saúde, contribui para aprofundar essa discussão ao introduzir a noção de "trabalho vivo em ato". O autor distingue tecnologias duras (equipamentos, normas), leve-duras (saberes estruturados) e leves (relações, vínculo, escuta). A produção do cuidado ocorre na articulação dessas tecnologias, mas é no trabalho vivo, nas interações concretas entre trabalhadores e usuários, que se produz o valor central do cuidado. A humanização, nesse sentido, não é elemento acessório, mas tecnologia leve estruturante do processo de trabalho.

Contudo, a valorização das tecnologias leves não prescinde de condições organizacionais adequadas. A precarização do trabalho, a sobrecarga assistencial e a fragmentação dos fluxos

comprometem a possibilidade de construção de vínculos e continuidade do cuidado. Assim, o cuidado deve ser analisado simultaneamente como prática micropolítica e como produto de arranjos macropolíticos e institucionais.

No contexto do envelhecimento populacional, essa articulação torna-se ainda mais complexa. A presença de multimorbidades, polifarmácia e declínio funcional exige coordenação assistencial e construção de planos terapêuticos singulares. O cuidado à pessoa idosa demanda tempo, escuta qualificada e integração entre níveis de atenção, reforçando a necessidade de modelos organizacionais que sustentem a integralidade.

2.2 Redes de Atenção à Saúde e governança

A consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) emerge como resposta estruturante às demandas das condições crônicas associadas ao envelhecimento. Mendes (2011) sustenta que sistemas fragmentados, organizados por oferta episódica de serviços, são inadequados para responder a necessidades contínuas e complexas. As RAS propõem integração horizontal e vertical, coordenação pela Atenção Primária e mecanismos de regulação e avaliação capazes de assegurar continuidade do cuidado.

A governança do cuidado, nesse contexto, refere-se ao conjunto de mecanismos institucionais, normativos e organizacionais que orientam decisões, alocação de recursos, fluxos assistenciais e avaliação de desempenho. Ela envolve planejamento estratégico, pactuação interfederativa, monitoramento e participação social. A humanização, quando incorporada à governança, deixa de ser apenas diretriz ética e passa a integrar dispositivos concretos de gestão.

Sousa Campos (2015), ao discutir a cogestão e o método de apoio institucional, propõe superação de modelos hierárquicos tradicionais, defendendo processos participativos capazes de integrar trabalhadores, gestores e usuários na produção das decisões. Essa perspectiva dialoga com a Política Nacional de Humanização ao enfatizar a indissociabilidade entre gestão e atenção.

Entretanto, a literatura sobre implementação de políticas públicas evidencia que a existência de marcos normativos não garante sua efetivação. A capacidade estatal, entendida como disponibilidade de recursos técnicos, financeiros, administrativos e humanos, condiciona a implementação. No âmbito municipal, onde se materializa grande parte da execução das políticas de saúde, desigualdades regionais e limitações estruturais impactam a consolidação das redes e da humanização como prática institucionalizada.

Assim, a governança do cuidado na atenção à pessoa idosa depende da articulação entre desenho normativo, capacidade institucional e cultura organizacional. Sem mecanismos de monitoramento, indicadores específicos e integração aos instrumentos formais de planejamento, a humanização tende a permanecer no plano declaratório.

2.3 Envelhecimento populacional e reconfiguração do modelo assistencial

O envelhecimento populacional impõe reconfiguração paradigmática do modelo assistencial. Veras (2009) argumenta que o modelo centrado em eventos agudos, hospitalizações e

intervenções pontuais mostra-se insuficiente diante do predomínio das condições crônicas. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) reforça a necessidade de políticas orientadas à manutenção da capacidade funcional, promoção do envelhecimento saudável e fortalecimento da atenção comunitária.

A centralidade da funcionalidade desloca o foco exclusivo na doença para a preservação da autonomia e da participação social. Esse movimento exige reorganização da atenção primária, ampliação da atenção domiciliar, integração com políticas sociais e fortalecimento do cuidado longitudinal.

No contexto brasileiro, marcado por desigualdades socioeconômicas e territoriais, o envelhecimento ocorre de maneira heterogênea, frequentemente associado a trajetórias de vulnerabilidade acumulada. A atenção à pessoa idosa deve, portanto, articular dimensões clínicas e sociais, incorporando a equidade como princípio estruturante.

A humanização, nesse cenário, pode operar como dispositivo articulador entre cuidado individual e políticas públicas. Ao reconhecer singularidades e promover participação, ela contribui para construção de respostas mais adequadas às necessidades complexas da população idosa. Contudo, sua efetividade depende da integração com redes assistenciais, planejamento estratégico e processos permanentes de qualificação profissional.

Nesse sentido, compreender a humanização como dispositivo de governança implica deslocá-la do campo exclusivamente normativo para o plano da implementação concreta das políticas públicas.

3 METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa da literatura, método que permite a síntese crítica do conhecimento produzido sobre determinado tema, articulando diferentes abordagens metodológicas e favorecendo análise ampliada de fenômenos complexos no campo da saúde. A opção por essa estratégia decorre da necessidade de compreender a humanização da atenção à pessoa idosa não apenas como diretriz normativa, mas como prática institucional situada, atravessada por dimensões organizacionais, políticas e micropolíticas do trabalho em saúde.

A revisão foi conduzida a partir da definição de questão norteadora: “Como a humanização tem sido abordada nas políticas públicas e na gestão da atenção à pessoa idosa no Sistema Único de Saúde, e em que medida opera como dispositivo de governança do cuidado?”, orientando a seleção e análise dos estudos.

As buscas foram realizadas nas bases SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed/MEDLINE, complementadas por consulta a referências clássicas da Saúde Coletiva brasileira e a documentos normativos estruturantes, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e a Política Nacional de Humanização. Utilizaram-se descritores controlados a partir do DeCS e MeSH, combinados por operadores booleanos, contemplando publicações no período de 2006 a 2023, marco temporal definido a partir da instituição da PNSPI.

Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas, revisões integrativas e estudos teóricos com fundamentação consistente, publicados em português, inglês ou espanhol, que abordassem explicitamente humanização, gestão em saúde, políticas públicas ou governança na atenção à pessoa idosa. Excluíram-se publicações sem aderência direta ao objeto, textos opinativos sem fundamentação analítica, resumos simples, editoriais e estudos duplicados.

A seleção envolveu leitura de títulos, resumos e textos na íntegra, com organização dos estudos em matriz analítica contendo autor, ano, objetivos, metodologia e principais contribuições. A análise foi realizada por categorização temática, identificando convergências, divergências e lacunas, posteriormente organizadas em eixos estruturantes relacionados à normatividade e prática institucional, vulnerabilidades e equidade, ambiência e organização dos serviços, educação permanente e capacidade institucional. A interpretação dos achados articulou evidências empíricas com o referencial teórico da Saúde Coletiva.

Por tratar-se de estudo baseado exclusivamente em dados secundários de domínio público, não houve necessidade de submissão a Comitê de Ética em Pesquisa.

4. RESULTADOS E ANÁLISE

A análise dos estudos selecionados permitiu identificar quatro eixos estruturantes que evidenciam as interfaces entre humanização, políticas públicas e governança do cuidado na atenção à pessoa idosa no SUS. Observa-se que a produção científica reconhece avanços normativos importantes, mas aponta fragilidades significativas na institucionalização da humanização como prática estruturante.

4.1 Humanização como diretriz normativa e lacunas institucionais

A literatura evidencia que a Política Nacional de Humanização (PNH) consolidou um referencial conceitual robusto, fundamentado na indissociabilidade entre gestão e atenção, na valorização do trabalho em saúde e na ampliação da participação dos usuários. No entanto, diversos estudos apontam que a humanização permanece frequentemente restrita ao plano discursivo ou a iniciativas pontuais, sem integração sistemática aos instrumentos formais de planejamento e avaliação.

Esse distanciamento entre formulação normativa e prática institucional revela fragilidades na governança do cuidado. Embora a humanização esteja formalmente incorporada aos princípios do SUS, sua operacionalização depende da incorporação concreta em protocolos, indicadores, processos de regulação e contratos organizativos. Quando não integrada aos mecanismos estruturais do sistema, tende a ser percebida como atributo subjetivo do profissional, e não como diretriz organizacional.

A permanência de modelos biomédicos centrados na doença e na produção de procedimentos contribui para esse cenário. A lógica produtivista, muitas vezes associada a metas quantitativas, dificulta a valorização de tecnologias leves, como vínculo, escuta qualificada e construção compartilhada de projetos terapêuticos. Conforme Merhy, a centralidade do trabalho

vivo em ato pode ser comprometida quando o processo de trabalho é rigidamente normatizado e orientado exclusivamente por produtividade.

No caso da atenção à pessoa idosa, essa lacuna institucional torna-se mais evidente. A complexidade clínica e funcional do envelhecimento exige tempo ampliado de consulta, coordenação interprofissional e continuidade assistencial, elementos que nem sempre encontram respaldo nos arranjos organizacionais vigentes.

4.2 Vulnerabilidades, comunicação e equidade

Os estudos analisados destacam que a pessoa idosa vivencia múltiplas vulnerabilidades que extrapolam a dimensão biológica. Alterações sensoriais (auditivas e visuais), limitações cognitivas, fragilidade física e isolamento social impactam diretamente a comunicação e o acesso aos serviços de saúde.

A equidade, princípio estruturante do SUS, exige reconhecimento dessas especificidades e adoção de estratégias diferenciadas. No entanto, a literatura aponta insuficiência na adaptação comunicacional dos serviços, ausência de protocolos específicos para avaliação funcional e baixa integração entre saúde e assistência social.

A humanização, nesse contexto, assume papel estratégico ao incorporar o reconhecimento da singularidade e das necessidades específicas da pessoa idosa. Entretanto, para que essa dimensão se efetive, é necessária articulação entre práticas clínicas e reorganização estrutural dos serviços. A ausência de sinalização adequada, barreiras arquitetônicas e ambientes pouco acolhedores comprometem a autonomia e a participação ativa do usuário idoso no processo de cuidado.

Sob a perspectiva da governança, a equidade requer incorporação de indicadores que considerem vulnerabilidades específicas. A ausência de monitoramento sistemático das condições de acessibilidade e adequação dos serviços à população idosa limita a capacidade de intervenção dos gestores.

4.3 Ambiência, acessibilidade e organização dos serviços

A ambiência é apontada como dimensão estratégica da humanização, ultrapassando a noção estética para incorporar aspectos estruturais, relacionais e organizacionais. Estudos evidenciam que ambientes inadequados, com iluminação insuficiente, sinalização precária, ausência de corrimãos e mobiliário inadequado, impactam diretamente a segurança e a autonomia da pessoa idosa.

A ambiência, portanto, deve ser compreendida como componente da governança do cuidado. Sua qualificação depende de planejamento arquitetônico, investimento financeiro e incorporação de critérios técnicos nos projetos estruturais. A negligência dessa dimensão revela fragilidade na articulação entre planejamento físico e políticas de humanização.

Além disso, a organização dos fluxos assistenciais também compõe a ambiência institucional. Filas prolongadas, ausência de priorização adequada e descontinuidade entre níveis de atenção comprometem a experiência do usuário e dificultam a longitudinalidade do cuidado.

Mendes destaca que a fragmentação assistencial compromete a coordenação da atenção às condições crônicas. No caso da população idosa, a desarticulação entre Atenção Primária, média complexidade e serviços hospitalares intensifica riscos de iatrogenia, duplicidade de exames e polifarmácia inadequada.

4.4 Educação permanente e cultura organizacional

A educação permanente em saúde emerge como eixo transversal nos estudos analisados. A literatura aponta que a consolidação da humanização depende da transformação da cultura organizacional e da qualificação contínua das equipes.

A formação tradicional, muitas vezes centrada na doença e na especialização fragmentada, não prepara adequadamente os profissionais para abordagem integral da pessoa idosa. A incorporação de conteúdos relacionados à funcionalidade, comunicação com idosos, cuidados paliativos e trabalho interprofissional é apontada como necessidade recorrente.

Sob a perspectiva da governança, a educação permanente deve ser integrada aos planos de gestão e aos processos avaliativos. Quando tratada como ação isolada, sem articulação com mudanças organizacionais, tende a produzir efeitos limitados.

Sousa Campos (2015) argumenta que a cogestão e os espaços coletivos de reflexão sobre o processo de trabalho são dispositivos capazes de transformar práticas. A humanização, nesse sentido, depende da criação de espaços institucionais que promovam análise crítica, compartilhamento de responsabilidades e construção coletiva de soluções.

A análise dos eixos evidencia que a humanização, embora consolidada no plano normativo, permanece tensionada por limites estruturais relacionados à fragmentação assistencial, à cultura produtivista e às desigualdades institucionais. No campo da atenção à pessoa idosa, esses desafios adquirem maior complexidade, dada a necessidade de coordenação longitudinal, adaptação estrutural e qualificação permanente das equipes. A humanização, portanto, revela-se como potencial dispositivo de reorganização do modelo assistencial, desde que integrada aos mecanismos concretos de governança do cuidado.

5 IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: GOVERNANÇA, CAPACIDADE INSTITUCIONAL E DESAFIOS ESTRUTURAIS

A consolidação normativa da Política Nacional de Humanização (PNH) e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) representa avanço significativo no campo da saúde pública brasileira. Entretanto, a experiência do Sistema Único de Saúde evidencia que a existência de marcos regulatórios não garante, por si só, transformação efetiva das práticas institucionais. A

implementação das políticas públicas constitui processo complexo, atravessado por disputas, limitações estruturais e condicionantes institucionais.

Estudos recentes têm analisado a implementação de políticas públicas no Brasil sob diferentes perspectivas institucionais, apontando desafios relacionados à efetividade das ações governamentais no atendimento a direitos sociais fundamentais, como o direito humano à alimentação adequada (DHAA). Esses achados corroboram a complexidade dos processos de gestão e implementação em contextos municipais e nacionais (OLIVEIRA, 2025).

No campo da análise de políticas públicas, distingue-se frequentemente a formulação da implementação. Enquanto a primeira ocorre no plano normativo e estratégico, a segunda se materializa no cotidiano das instituições, onde normas são reinterpretadas, negociadas e adaptadas às condições locais. No caso da humanização da atenção à pessoa idosa, observa-se hiato recorrente entre desenho normativo e execução concreta, revelando desafios relacionados à governança e à capacidade estatal.

A governança do cuidado envolve mecanismos de coordenação, planejamento, monitoramento e avaliação que orientam o funcionamento do sistema. Para que a humanização opere como dispositivo estruturante, ela precisa estar integrada aos instrumentos formais de gestão, planos municipais de saúde, contratos organizativos, indicadores de desempenho e processos de regulação. Quando permanece desvinculada desses dispositivos, tende a assumir caráter retórico ou episódico.

Outro elemento central refere-se à capacidade institucional dos entes federativos. O federalismo sanitário brasileiro atribui aos municípios papel estratégico na execução das políticas de saúde. Contudo, desigualdades regionais, restrições orçamentárias e alta rotatividade de gestores impactam diretamente a implementação das diretrizes nacionais. Municípios com menor capacidade técnica e financeira enfrentam dificuldades para qualificar ambiência, estruturar redes de atenção e investir em educação permanente.

Além disso, o financiamento insuficiente do SUS constitui fator estruturante das limitações observadas. A priorização de procedimentos e metas quantitativas pode reforçar lógica produtivista, em detrimento de investimentos em tecnologias leves e processos de reorganização institucional. A humanização, enquanto estratégia que demanda tempo ampliado de consulta, reorganização de fluxos e qualificação estrutural, depende de condições materiais que muitas vezes não estão asseguradas.

A implementação também é influenciada pela chamada "burocracia de nível de rua", ou seja, pelos profissionais que atuam diretamente no atendimento aos usuários. São esses trabalhadores que, no cotidiano, reinterpretam normas e definem como elas serão efetivamente aplicadas. A ausência de processos de educação permanente, apoio institucional e espaços de cogestão pode resultar na reprodução de práticas tradicionais, mesmo diante de novas diretrizes.

No caso específico da atenção à pessoa idosa, a implementação das políticas enfrenta desafios adicionais. A complexidade clínica e funcional do envelhecimento exige integração entre níveis de atenção, articulação intersetorial e construção de planos terapêuticos singulares. A

fragmentação assistencial compromete a continuidade do cuidado e limita a efetividade das diretrizes de humanização.

A ausência de indicadores específicos para monitorar a humanização na atenção à pessoa idosa constitui outro entrave relevante. Sem parâmetros claros de avaliação, como adequação da ambiência, acessibilidade estrutural, tempo de consulta, satisfação do usuário idoso e integração da rede, torna-se difícil incorporar a humanização como critério de desempenho institucional. A governança do cuidado requer instrumentos objetivos que permitam mensuração e acompanhamento contínuo.

Por outro lado, experiências exitosas descritas na literatura demonstram que a integração entre planejamento estratégico, educação permanente e reorganização dos processos de trabalho pode fortalecer a implementação. A incorporação da humanização aos planos de gestão, associada à criação de espaços de escuta institucional e análise coletiva do processo de trabalho, tende a produzir transformações mais sustentáveis.

Assim, a implementação da humanização na atenção à pessoa idosa deve ser compreendida como processo multiescalar, que envolve a conexão entre diretrizes nacionais e capacidade local, a integração entre gestão e atenção, o financiamento adequado, a qualificação permanente das equipes e a institucionalização de mecanismos de monitoramento e avaliação. Sem essa convergência, a humanização corre o risco de permanecer no plano normativo, sem produzir efeitos estruturantes na organização do cuidado.

A governança do cuidado, nesse cenário, depende da articulação entre capacidade institucional, financiamento adequado e práticas micropolíticas comprometidas com a integralidade.

Desse modo, a consolidação da humanização como dispositivo de governança exige o deslocamento de sua compreensão como atributo meramente subjetivo para reconhecê-la como elemento organizador do modelo assistencial. Trata-se de incorporar a dimensão ética do cuidado às engrenagens formais do sistema, garantindo que planejamento, financiamento e avaliação estejam alinhados à promoção da autonomia, da integralidade e da equidade na atenção à pessoa idosa.

6 HUMANIZAÇÃO, GOVERNANÇA E IMPLEMENTAÇÃO: ENTRE NORMATIVIDADE E PRÁTICA

A análise dos achados evidencia que a humanização da atenção à pessoa idosa ocupa posição ambígua no Sistema Único de Saúde: ao mesmo tempo em que possui densidade normativa e legitimidade conceitual, enfrenta limites estruturais que tensionam sua consolidação como prática institucional. Esse descompasso entre normatividade e materialidade revela que a implementação das políticas públicas constitui processo complexo, atravessado por condicionantes institucionais, organizacionais e políticos.

A Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa estabeleceram diretrizes claras orientadas pela integralidade, equidade e valorização da

autonomia. Contudo, a existência de marcos normativos não garante transformação automática das práticas. A implementação depende da capacidade de integrar tais diretrizes aos dispositivos concretos de gestão, como planejamento estratégico, financiamento, indicadores de desempenho e regulação assistencial.

Nesse sentido, a humanização deve ser compreendida como componente da governança do cuidado. Governar o cuidado não significa apenas administrar recursos, mas organizar fluxos, qualificar ambiências, fortalecer a coordenação da rede e criar condições para que o trabalho vivo em ato, conforme descrito por Merhy, possa se realizar de forma efetiva. Quando a gestão permanece orientada exclusivamente por metas quantitativas e lógica produtivista, as tecnologias leves, como vínculo, escuta e responsabilização compartilhada, tendem a ser secundarizadas.

A transição demográfica intensifica esse desafio. O envelhecimento populacional desloca o eixo do modelo assistencial centrado no evento agudo para a necessidade de acompanhamento longitudinal das condições crônicas. Mendes argumenta que apenas sistemas organizados em redes integradas conseguem responder adequadamente à complexidade dessas condições. No entanto, a fragmentação assistencial ainda presente em muitas realidades locais compromete a continuidade do cuidado à pessoa idosa.

A implementação das políticas, especialmente em um sistema federativo como o brasileiro, está diretamente relacionada à capacidade institucional dos entes subnacionais. Municípios, responsáveis pela execução cotidiana das ações, apresentam níveis distintos de capacidade técnica, administrativa e financeira. A insuficiência de recursos, associada à alta rotatividade de gestores e à precarização do trabalho, limita investimentos estruturais necessários à humanização, como adequação arquitetônica, ampliação do tempo de consulta e qualificação permanente das equipes.

Outro aspecto relevante refere-se ao papel dos profissionais que atuam na linha de frente dos serviços. São eles que reinterpretam normas e traduzem diretrizes em práticas concretas. Sem espaços de cogestão, apoio institucional e educação permanente, a tendência é a reprodução de modelos tradicionais centrados na doença e no procedimento. A humanização, nesse cenário, corre o risco de ser reduzida a postura individual, desvinculada de transformações organizacionais mais amplas.

A ausência de mecanismos sistemáticos de monitoramento da humanização na atenção à pessoa idosa constitui fragilidade adicional. A governança requer indicadores capazes de mensurar acessibilidade, adequação da ambiência, integração da rede e satisfação dos usuários. Sem instrumentos avaliativos claros, a humanização permanece como princípio orientador, mas não como critério efetivo de desempenho institucional.

Entretanto, experiências relatadas na literatura indicam que, quando articulada ao planejamento estratégico e à educação permanente, a humanização pode operar como dispositivo reorganizador do modelo assistencial. A criação de espaços coletivos de análise do processo de trabalho, conforme proposto por Sousa Campos (2015), fortalece a corresponsabilização e amplia a participação de trabalhadores e usuários na produção das decisões.

No caso da atenção à pessoa idosa, a humanização assume papel ainda mais estratégico. As múltiplas vulnerabilidades associadas ao envelhecimento exigem abordagem interprofissional, integração intersetorial e reconhecimento da singularidade. Humanizar, nesse contexto, significa garantir acessibilidade física e comunicacional, assegurar tempo adequado de escuta, promover autonomia e integrar serviços de forma coordenada.

Assim, a consolidação da humanização como dispositivo de governança do cuidado depende de três movimentos estruturantes: (1) incorporação aos instrumentos formais de planejamento e avaliação; (2) fortalecimento da capacidade institucional nos diferentes níveis de gestão; e (3) transformação da cultura organizacional por meio de processos permanentes de formação e cogestão.

A humanização deixa, então, de ser compreendida como atributo moral do profissional e passa a ser reconhecida como tecnologia política de organização do sistema. Trata-se de inscrever a dimensão ética do cuidado nas engrenagens estruturais do SUS, alinhando financiamento, planejamento e avaliação à promoção da integralidade e da equidade na atenção à pessoa idosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida neste capítulo permite afirmar que a humanização, no contexto da atenção à pessoa idosa, ultrapassa a condição de diretriz ética ou política setorial, configurando-se como potencial dispositivo estruturante da governança do cuidado. Ao ser compreendida como tecnologia organizacional e política, a humanização desloca o debate da esfera exclusivamente relacional para o campo das decisões institucionais, da alocação de recursos e da organização das redes assistenciais.

Evidenciou-se que o principal desafio não reside na ausência de normatividade, mas na fragilidade dos mecanismos de implementação. A distância entre formulação e prática revela limites da capacidade institucional, desigualdades federativas e permanência de racionalidades produtivistas que tensionam a incorporação das tecnologias leves ao processo de trabalho em saúde. Nesse cenário, a atenção à pessoa idosa expõe de forma mais aguda as contradições do modelo assistencial, dada a centralidade da longitudinalidade, da coordenação do cuidado e da preservação da autonomia.

A consolidação da humanização como eixo estruturante da governança requer sua inscrição nos instrumentos formais de gestão, planejamento estratégico, financiamento, monitoramento e avaliação, de modo que deixe de operar apenas como princípio orientador e passe a configurar critério efetivo de desempenho institucional. Tal movimento implica reconhecer que o cuidado, conforme argumentado por Ayres (2004), não se realiza apenas no encontro intersubjetivo, mas depende de condições organizacionais que sustentem o trabalho vivo descrito por Merhy (2002) e a integração sistêmica proposta por Mendes (2011).

Assim, a governança do cuidado à pessoa idosa demanda deslocamento paradigmático: da centralidade do procedimento para a centralidade da pessoa; da fragmentação para a coordenação em rede; da normatividade declaratória para a institucionalização concreta da integralidade. Trata-

se de incorporar a dimensão ética do cuidado às engrenagens estruturais do sistema, articulando gestão, prática assistencial e compromisso com a equidade.

Por fim, o aprofundamento desse debate aponta para agenda de pesquisa e gestão que inclua: desenvolvimento de indicadores específicos de humanização na atenção à pessoa idosa; avaliação da capacidade institucional municipal; análise dos impactos do financiamento sobre a organização do cuidado; e fortalecimento de processos de educação permanente como dispositivos de transformação cultural. Somente mediante essa articulação será possível consolidar a humanização como elemento constitutivo, e não periférico, do modelo assistencial brasileiro.

Mais do que reafirmar princípios já consolidados nas normativas do SUS, torna-se necessário fortalecer arranjos institucionais capazes de sustentar a governança do cuidado no cotidiano dos serviços. A consolidação da humanização como dispositivo de governança depende, portanto, da capacidade do sistema em integrar ética, gestão e prática assistencial em um projeto coletivo de produção de saúde comprometido com a dignidade e a autonomia da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2015.

SOUSA CAMPOS, Gastão Wagner de. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. Hucitec, 2015.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

OLIVEIRA, S. D. de. Análise de políticas públicas de atendimento ao direito humano à alimentação adequada (DHAA) no Brasil no período de 2004-2023. **Revista Científica Acertte**, v. 5, n. 7, 2025. DOI: 10.63026/acertte.v5i7.250.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **World report on ageing and health**. Geneva: WHO, 2015.

PAIM, Jairnilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de saúde pública**, v. 43, p. 548-554, 2009.

SOBRE OS AUTORES

Adriana Garcia Orfale

https://orcid.org/0000-0003-1675-1565

Graduada em Fisioterapia e Educação Física, especialista em Reumatologia, Piscina Terapêutica e Acupuntura, mestre em Ciências da Saúde pela Unifesp (Reabilitação). Atuou como coordenadora e docente em diversas instituições (Faculdades Guarulhos, Santa Marcelina, UNISA). Atualmente é coordenadora corporativa da Universidade Brasil e docente na Universidade São Judas Tadeu.

Angela Mitzi Hayashi Xavier

https://orcid.org/0000-0002-7773-5369

Graduada em Fisioterapia (UNESP), mestre em Ciências da Saúde (UNISA), especialista em Gestão Estratégica do Ensino Superior e Acupuntura. Pós graduando em Avaliação Biopsicossocial e Classificação Internacional de Funcionalidade. Experiência em docência, pesquisa e extensão acadêmica. Atua como professora e coordenadora na Universidade Brasil e UniSantanna, além de coordenar pós-graduação em Neurociência (Estácio/Phorte).

Viviane Cristina Longuini de Menezes

https://orcid.org/0009-0003-3245-3645

Farmacêutica-Bioquímica formada pela Universidade Camilo Castelo Branco (2005), com especialização no LIM25 da FMUSP (2006-2008) e Mestrado em Ciências pela FMUSP (2011). Pós-graduada em Cosmetologia e Estética (2022). Experiência em pesquisa e diagnóstico nas áreas de Genética Humana, Biologia Molecular, Análises Clínicas e Microbiológicas. Docente em cursos da saúde, atuando com metodologias ativas em disciplinas como Fisiopatologia, Microbiologia, Parasitologia, Micologia Clínica, Farmacognosia e Estágios Supervisionados.

Jorge Eduardo de Menezes

https://orcid.org/0000-0003-0939-6323

Graduado em Farmácia Industrial pela Universidade Brasil (2003), com especialização em Análises Clínicas e Toxicológicas (2004), mestrado (2013) e doutorado em Engenharia Biomédica (em andamento). Atua como professor e coordenador do curso de Farmácia (presencial e EaD) da Universidade Brasil, Campus Itaquera, professor MEP I na FMU e coordenador-geral de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Brasil. Tem experiência em Farmácia, com ênfase em educação tecnológica e produtos naturais, nos temas: enzimologia, fermentações, química orgânica, tecnologia farmacêutica e cosmética, química medicinal e farmacognosia. Membro do Grupo de Trabalho em Educação Farmacêutica do CRF-SP e avaliador do INEP/MEC.