



A POLÍTICA “HUMANIZA SUS”: ANÁLISE E REFLEXÕES PARA SUA EFETIVIDADE

Gabriela de Araujo Spotorno

Mestra em Política Social e Direitos Humanos pela UCPEL/RS
Assistente social do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

Mara Rosange Acosta de Medeiros

Doutora em Serviço Social
Professora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos na
Universidade Católica de Pelotas (UCPEL)

RESUMO

Este artigo apresenta os resultados de uma pesquisa realizada em 2018 que analisou a efetivação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde (PNH) em um Hospital Universitário (HU) do Rio Grande do Sul (RS) a partir da sua adesão a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Tendo utilizado uma abordagem qualitativa foi possível concluir que a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde possui uma forma híbrida, permitindo uma apropriação dos seus conceitos, por diferentes projetos societários e, nesse caso, o projeto Neoliberal representa um dos maiores desafios para a sua efetivação.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde, Hospital universitário.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo apresenta o resultado de uma pesquisa que analisou a efetivação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde (PNH) em um Hospital Universitário (HU) do Rio Grande do Sul (RS) a partir da sua adesão a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Foi realizada em 2018, vinculada a linha de pesquisa “Estado, direitos sociais e política social” do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos– curso de Mestrado, do Centro de Ciências Sociais e Tecnológicas da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL).

O estudo realizado seguiu o método materialista dialético-crítico de abordagem qualitativa dos sujeitos (trabalhadores/as, gestores/as e usuários/as) envolvidos com a PNH.

Assim, considerando a necessidade de abranger os sujeitos implicados na efetivação da PNH, os indicadores quantitativos e qualitativos referenciados no documento do Ministério da Saúde e nos indicadores apontados pelas diretrizes da EBSERH, o número total de participantes foi de 28 (vinte e



oito) sujeitos, destes, 3 (três) são gestores/as, 6 (seis) são trabalhadores/as, 4 (quatro) são usuários/as e 15 (quinze) são integrantes do GTH.

Os instrumentos utilizados foram: Questionário, roteiro de entrevista semiestruturado e grupo focal. O primeiro foi aplicado com os 28 participantes da pesquisa. O segundo, foi aplicado com os/as gestores/as, trabalhadores/as e usuários/as. O último foi aplicado exclusivamente com os/as integrantes do GTH. Estes instrumentos foram elaborados baseados nas diretrizes da PNH: Clínica ampliada e compartilhada, gestão participativa e co-gestão, acolhimento, ambiência, valorização do trabalhador e defesa dos direitos (BRASIL, 2015).

Cabe destacar que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da UCPEL e, também Comitê de Ética do HU onde a pesquisa foi realizada respeitando assim, as diretrizes e normas que regulamentam a Pesquisa em Seres Humanos – Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de saúde. O Estudo envolveu

Para esta análise se buscou identificar projetos de saúde (reforma sanitária ou privatista) que estão ocultos nos discursos dos sujeitos, bem como das ações da PNH deste hospital; identificar se as diferentes formas de contrato de trabalho (Regime Jurídico Único Federal e Consolidação das Leis Trabalhistas) interferem nas ações de Humanização implementadas; identificar se as ações de humanização estão respondendo às demandas da população usuária ou Capital.

O referencial Teórico utilizado discorreu sobre o processo de democratização e a política de saúde no Brasil propiciando uma reflexão sobre as disputas a partir do campo valorativo da Reforma Sanitária e de tendência Neoliberal, seguido dos elementos introdutórios sobre a PNH e trazendo algumas categorias de análise como trabalho, humanização e praxis.

É importante apontar que a PNH é percebida como uma roupagem híbrida, que possibilita que qualquer vertente ou campo valorativo - de qualquer que seja o projeto civilizatório em disputa - possa se apropriar de seus conceitos, sendo o Estado neoliberal um dos maiores desafios para a PNH.

Os resultados da pesquisa indicam que o modelo de atenção à saúde presente nos processos de trabalho e nos discursos dos sujeitos se aproxima do modelo que defende a ideia do “SUS possível” ou “SUS que dá certo” no sentido que agrupa os princípios da reforma sanitária da linha socialdemocracia, e evidencia a supremacia do direito individual em detrimento ao direito coletivo.

2 O PROCESSO DE DEMOCRATIZAÇÃO E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

O processo de redemocratização do Brasil, na contramão das orientações políticas em âmbito mundial, construíram as bases da Constituição Federal de 1988 (CF), permeadas de disputas entre classes sociais, materializada em projetos societários distintos e antagônicos.

Neste cenário de disputa, durante a transição do período ditatorial ao processo de democratização brasileira, o projeto de reforma sanitária no Brasil prevaleceu a partir do marco



jurídico legal na CF de 1988, onde se reconhece no título da Ordem Social e art. 196 a Saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

O Sistema Único de Saúde - SUS, instituído inicialmente pelas leis 8.080 de 1990 e 8.142 de 1990, configura o modelo de ações e serviços de saúde do Brasil. Entretanto, é a partir da década de 1990 que temos a emergência da política de orientação neoliberal e o acirramento da tensão entre dois projetos distintos: o modelo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e aquele vinculado ao mercado, ou privatista.

Cabe apontar que o processo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) se consolidou como uma reforma social e não setorial de saúde. Jairnilson Silva Paim (2012, p;07) afirma que, “muitas vezes, associado à proposta do SUS, o projeto da RSB, na realidade, era mais amplo que o SUS”.

Paim (2007, p. 158) refere ainda que por “ironia da história, os partidos e grupos que se opuseram à Reforma Sanitária passaram a ser os responsáveis pela implementação do SUS”, e o cenário em que se discutia o projeto da Lei Orgânica da Saúde, era o de profunda instabilidade econômica com hiperinflação e crise fiscal do Estado.

O processo de redemocratização do Brasil, permeado de tensionamentos gerados pelas disputas antagônicas presente até hoje, sofre desde a década de 1990, um processo de desmonte dos direitos previstos na CF de 1988 que, recém promulgada, encontrou empecilhos políticos para sua efetivação, sendo a saúde um dos direitos bastante afetados por esse desmonte. De acordo com Sonia Fleury e Assis Mafort Ouverney (2012) a política de saúde, enquanto política social está sujeita a múltiplos determinantes, muitas vezes contraditórios. E, assim, a análise de uma determinada política de saúde está calcada nas relações sociais que se encontram no movimento dialético da interface entre Estado, sociedade, mercado, e as disputas de projetos societários. Entende-se, portanto, que a PNH emerge dentro da disputa do campo valorativo da política de Saúde. Apresenta-se em defesa do SUS e de acordo com os preceitos da Reforma Sanitária.

3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DA SAÚDE: DISPUTAS DO CAMPO VALORATIVO DA REFORMA SANITÁRIA E DA TENDÊNCIA NEOLIBERAL

Sobre a questão da humanização em Saúde, Marina de Castro Castro (2018), ao discutir a humanização em seu aspecto “restritivo” e Talita Neulls (2016), que discute a incompatibilidade da humanização frente a não vinculação da desumanização com o sistema capitalista, afirmam que o que existe é uma crise no âmbito material e não valorativo, ou seja, no sistema de modo de produção capitalista e não nos valores defendidos ou empregados em nossa sociedade.

Considerando que a Reforma Sanitária Brasileira se caracteriza como um projeto civilizatório, e a PNH busca colocar em prática os princípios do SUS, que se constituiu como uma “reforma



incompleta da saúde”, se faz necessário refletir sobre a questão valorativa, pois é neste quesito que os projetos societários em disputa se inserem.

A crítica de Castro (2018) é de que a PNH não é problematizada nos seus limites, considerando, por exemplo, a questão da precarização das condições e relações de trabalho e sua fragmentação entre as equipes de saúde, bem como a própria dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, restringir essa problematização no modo de produção capitalista - no quesito: sujeito-natureza como faz Neulls (2016), também restringe o caráter estratégico da PNH no seu âmbito contributivo à RSB quanto um projeto civilizatório.

Isso significa que um projeto civilizatório, ou outro projeto societário que não capitalista, deve estar associado, concomitantemente, com o desenvolvimento de uma consciência sanitária, que pode ser desenvolvida dentro do campo valorativo. Ainda segundo Sonia Fleury Teixeira (2011),

o conceito Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamente e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado. Sendo os elementos deste processo: A ampliação da consciência sanitária; A construção de um paradigma analítico oriundo do campo disciplinar denominado Medicina Social ou saúde coletiva, organizado a partir das noções de determinação social do processo saúde doença e da organização das práticas; O desenvolvimento de uma nova ética profissional; A construção de um arco de alianças políticas na luta pelo direito a saúde; A criação de instrumentos de gestão democrática e controle social sobre o sistema de saúde (TEIXEIRA, 2011, p. 39-40).

No sistema capitalista, investir em um campo valorativo de outra forma de sociabilidade, implica, também restrições, limites e dificuldades para superação. Portanto, por mais que se reconheça que, no texto constitucional de 1988, a saúde não está atrelada ao mercado, temos claro que as políticas, programas e ações estão intrinsecamente vinculadas ao sistema mercantil. Neste sentido, considerando Nogueira (2002), ao pensar a concepção ampliada de saúde, se impõe reconhecer a intrínseca relação entre direitos sociais e econômicos, ou seja, a intervenção estatal não pode ser vista como independente dos interesses econômicos.

Logo, para entender um pouco mais sobre as disputas em questão, agora, para além da heterogeneidade e contradições do movimento sanitário, há de se materializar as contradições valorativas desenhadas pela PNH a partir de um projeto civilizatório da Reforma Sanitária, da tendência ao projeto privatista em curso após 1990, com o advento da reestruturação produtiva da acumulação flexível ou toyotismo. Assim, segue a contribuição de Giovanni Alves (2007).

O que denominamos de toyotismo implica a constituição de um empreendimento capitalista baseado na produção fluida, produção flexível e produção difusa. A produção fluida implica a adoção de dispositivos organizacionais como, por exemplo, o just-in-time/kanban ou o kaizen, que pressupõem, por outro lado, como nexos essenciais, a fluidez subjetiva da força de trabalho, isto é, envolvimento pró-ativo do operário ou empregado (ALVES, 2007, p. 158).



Este autor acrescenta ainda que organizações de serviços de administração pública tendem a incorporar os valores do “neoprodutivismo toyotista”, sendo considerado como sua essência a busca do “engajamento estimulado” do trabalho, principalmente do trabalhador “estável” e afirma: “É através da ‘captura’ da subjetividade que o operário ou empregado consegue operar, com eficácia relativa, a série de dispositivos técnico-organizacionais que sustentam a produção fluída e difusa” (ALVES, 2007, p. 159).

Destacamos, as principais dimensões valorativas, apontadas por Pereira (2016), representadas pelos binômios necessidades/preferências; direitos/meritocracia. Sendo em relação ao primeiro:

os partidários de ideologias burguesas, por seu lado, preferem negar a existência de necessidades humanas para não admitirem a possibilidade de elas serem atendidas por políticas públicas. Assim, como já insinuado, identificam essas necessidades, que são sociais, com preferências individuais, quando não com vícios, desejos e sonhos de consumo, cuja satisfação escaparia ao comprometimento do Estado. Dessa forma, as necessidades humanas apresentam caráter subjetivo e relativo, já que não podem ser partilhadas pelo coletivo social (PEREIRA, 2016, p. 59).

Esse é um ponto crucial no conflito dos projetos societários em disputa e uma das críticas de Neulls (2016) e de Castro (2018) e que coloca a PNH em aproximação com o projeto privatista de saúde, pois focaliza e muito a questão da subjetividade dos sujeitos, ou como afirma Alves (2007) de sua “captura”. Porém, observa-se, ao ler os demais documentos base para gestores e trabalhadores, e demais cartilhas e cadernos HumanizaSUS, que não é só a questão da subjetividade que é colocada em discussão, pois dentro da PNH há ênfase na discussão da participação dos sujeitos a partir da inclusão de movimentos sociais e outros coletivos, por isso seu caráter estratégico. Quanto ao segundo binômio valorativo (direitos/meritocracia),

essa modalidade de direitos, por conseguinte, deve estar referenciada e, valores e princípios inerentes à proteção social pública, tais como equidade e justiça social, e garantida ou regulada pelo Estado. [...] Contudo, com a supremacia da ideologia neoliberal – que menospreza os valores supracitados -, os direitos sociais vêm sendo duramente desmontados e substituídos pela lógica meritocrática (PEREIRA, 2016, p. 64).

Inês de Souza Bravo, Elaine Junger Pelaez e Wladimir Pinheiro (2018), apontam a ampliação dos projetos em disputa. Se antes eram “a reforma sanitária” e o “modelo privatista”, hoje já existe a defesa do “SUS possível”. Desta forma, com o estudo sobre a PNH, identifica-se que se aproxima da defesa do SUS possível ou o SUS que dá certo e, que aqui, está associado à vertente social democrata, que não busca a superação do sistema capitalista, imprimindo, assim, as principais dificuldades de efetividade da PNH. Contudo, este “novo” projeto também está ameaçado pelo projeto do mercado privatista, isto porque,

os valores solidários, coletivos e universais, propostos pelo movimento sanitário estão sendo substituídos pelos valores individualistas, corporativos e focalistas, fortalecendo o projeto



voltado para o mercado e consolidando o SUS apenas para os mais pobres (BRAVO apud BRAVO; MARQUES, 2013, p. 211).

A partir das contribuições de Maria Inês de Souza Bravo e de Morena Marques (2011), é possível afirmar a complexidade que nos encontramos, tendo em vista que é a partir do SUS que se materializa uma política de acesso universal. Contudo, o subfinanciamento atrelado a restrição de dotação de verba pública para a saúde reduz a capacidade em promover este acesso.

Para melhor compreender as reflexões acerca do campo valorativo seja de tendência à RSB quanto a neoliberal é imprescindível entender um pouco sobre a PNH e suas categorias de análise.

4 A PNH E SUAS CATEGORIAS DE ANÁLISE

A Política Nacional de Atenção e Gestão em Saúde - PNH ou HumanizaSUS como é mais conhecida - emerge, segundo o documento base para gestores e trabalhadores como um movimento de mudança de modelo de atenção e gestão do SUS e se estrutura a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos.

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. (BRASIL, 2010, p. 4)

Observa-se que a categoria “trabalho” ganha destaque na referida política, tanto no que envolve a formação daqueles que fornecem o cuidado aos usuários, como das condições de trabalho (ou melhor expressado, sua precarização) e gestão dos processos de trabalho (recursos/capital).

É uma política que se define como transversal a toda rede SUS e que pretende qualifica-la, pois, a PNH não tem como finalidade mudar a estrutura do sistema capitalista, mas caracteriza-se como estratégica no sentido de mudar as formas de pensar, gerir e cuidar a saúde.

Se podemos, por um lado, apontar avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, por outro, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado. (BRASIL, 2004, p.5)

A qualificação refere-se a compreensão de que o SUS, apesar das dificuldades, conseguiu incorporar os conceitos de descentralização e regionalização da atenção e da gestão da saúde baseada nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, bem como medidas de controle social – conselhos de saúde. Contudo, a PNH (BRASIL, 2004) aponta que o modelo de formação dos profissionais de saúde mantém-se distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde,



limite que o SUS encontra ao não garantir a horizontalidade nos processos de trabalho em saúde, perspectivas das quais a PNH se propõe a alcançar.

Observa-se que o embasamento da necessidade de se criar a referida política é a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho, bem como o apontamento de que não há investimento na qualificação dos profissionais nos quesitos: gestão participativa, trabalho em equipe e formulação das políticas públicas de saúde.

Ao reconhecer o conceito ampliado de saúde proposto pela organização mundial da saúde de um lado e as fragilidades das práticas de atenção, de outro, entende-se que o processo da horizontalidade se constitui como complexo, considerando que as ações de saúde, para ocorrerem integralmente e de forma interdisciplinar, devem permear os diferentes profissionais da área da saúde, que são revestidos de pluralidade de ideias e conceitos que direcionam a produção de saúde dos sujeitos.

A partir disso, a PNH destaca como necessário e urgente uma aproximação entre gestão e atenção à saúde aliados a formação dos profissionais de saúde.

Considerando o artigo de Rogério Miranda Gomes (2012) que dialoga com a tradição marxiana e da leitura da dissertação de Neulls (2016) identificou-se alguns conceitos/entendimento e/ou interpretações da categoria “humanização”, expressos de quatro formas, assim exposto no quadro (1) abaixo.

Quadro 1 – Conceitos/interpretações sobre o que é Humanização

Humanização a partir da relação queixa/conduta (anterior a política)	Humanização a partir da linguagem e comunicação (PNH)	Humanização a partir da superação do modo de produção capitalista	Humanização a partir da dialética humanização-alienação
Visão assistencialista, paternalista, em que impera ações focalizadas e verticalizadas, sem interação entre os sujeitos.	Visão da própria PNH, onde direciona exclusivamente aos sujeitos as transformações das formas de atenção e gerir a saúde.	Parte da ideia da ontologia do ser social, do processo de humanização do homem em gênero humano e do modo de produção capitalista enquanto produtor e reproduzidor das relações sociais coisificadas.	Parte da ideia de que “Nunca humanização ou alienação, mas sempre “humanização-alienação””- unidos pelas relações sociais. Constituição de sujeitos permeados pela “autoconsciência”, “autodeterminação” e “omnilateralidade”.

Quadro elaborado a partir da discussão acerca dos conceitos de humanização debatidos na dissertação de Talita Fernandes Neulls e leitura crítica do artigo de Rogério Miranda Gomes.

Importa destacar aqui, que ambos autores, Neulls (2016) e Gomes (2012) partem da contribuição marxista da constituição do ser social, contudo, observou-se que enquanto Neulls, (2016) e Castro (2018) dedica-se e limita-se a problematizar o homem enquanto sujeito e a natureza como objeto, Gomes (2012) avança na relação dialética da humanização-alienação e inclui no debate a questão da práxis, das relações sujeito-sujeito.



Contudo, entende-se pertinente a abordagem de Castro (2018) e Neulls (2016, p.11) onde criticam a forma como a PNH excluiu o “questionamento da estrutura social, ou o modo desigual que se configuram as relações sociais no modo de produção capitalista”.

Assim, analisar a implementação da PNH nos confronta com a categoria polêmica e recorrente no debate da área da saúde, da “humanização”, pois esta evidencia de imediato o reconhecimento de relações (des) humanas que ocorre nos espaços institucionais de saúde.

Considerando que “Trabalho” e “humanização” são categorias que se relacionam dialeticamente estas serão refletidas em seu movimento. Nos alerta Karl Marx (2017) que:

O trabalho, como criador de valores de uso, como trabalho útil, é indispensável à existência do homem – quaisquer que sejam as formas de sociedade - é necessidade natural e eterna de efetivar o intercâmbio material entre o homem e a natureza e, portanto, de manter a vida humana. (MARX, 2017, p.64-65).

Assim entende-se que foi a partir do trabalho que a espécie humana se constituiu, como um novo tipo de ser, o ser social. A história de como o ser social se desenvolve, pode ser descrito como o processo de humanização dos homens. Assim, José Paulo Netto e Marcelo Braz (2012) nos revelam que:

O processo de constituição do ser social tem seu ponto de arranque nas peculiaridades e exigências colocadas pelo trabalho; a partir dessas exigências [...]: atividade teologicamente orientada, a tendência à universalização e a linguagem articulada), os sujeitos do trabalho experimentam um multimilenar processo que acaba por distingui-los da natureza: o processo de humanização. (NETTO; BRAZ, 2012, p.51)

Estes autores pontuam que o homem ao transformar a natureza passou a transformar a si mesmo, sendo pertinente neste processo a questão do conhecimento sobre a natureza, referindo que a comunicação e a linguagem articulada são formas em que “o sujeito do trabalho expressa as suas representações sobre o mundo que o cerca”. A linguagem articulada a partir de sua comunicação exterioriza e viabiliza a escolha entre alternativas pensadas e refletidas, e isso é, humanização.

O avanço do processo de humanização pode ser compreendido, pois, como a diferenciação e complexificação das objetivações¹ do ser social. O trabalho aparece como a objetivação primária e ineliminável do ser social, a partir da qual surgem, através de mediações cada vez mais complexas, as necessidades e as possibilidades de novas objetivações. (NETTO; BRAZ, 2012, p. 52-53)

Neste sentido entende-se que apesar do trabalho ser constitutivo do ser social, este não se reduz ao trabalho. Para Netto (2012, p. 55) “o desenvolvimento do ser social implica o surgimento de uma racionalidade, de uma sensibilidade e de uma atividade que, sobre a base necessária do trabalho, criam

¹ Para Netto (2012) sobre objetivação: transformação material da natureza, a partir da idealização (mentalmente em seu cérebro), antes de efetivar a atividade do trabalho.

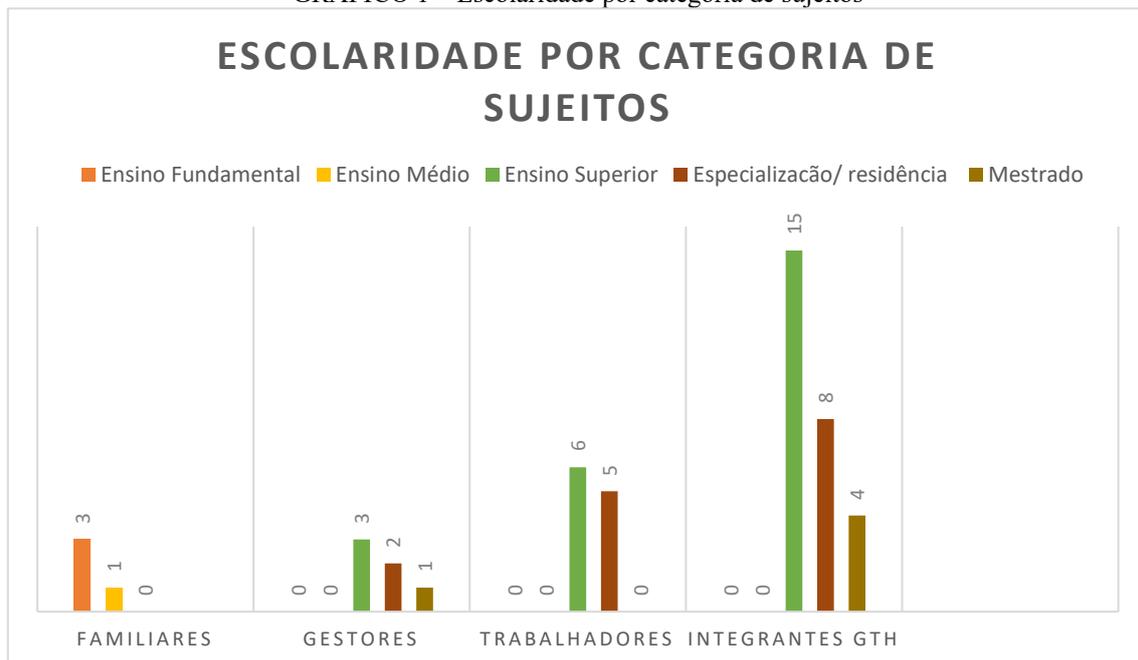
objetivações próprias”. Para Netto, é através da práxis que o ser social revela sua criatividade, projeta e realiza as objetivações materiais e ideais um mundo de produtos, obras e valores.

Entretanto, nas relações sociais da sociedade capitalista em que impera a exploração do trabalho, exploração do homem pelo homem, em suas diversas apresentações (liberalismo, social-democracia, desenvolvimentista, neoliberalismo) o que ocorre é que as objetivações produzidas não se apresentam como criatividade produzida pelo próprio homem, e sim como algo exterior, em que cria vida e valor próprio, tendo em vista os limites decorrentes da prioridade dada ao mercado. Dessa forma, a lucratividade, as oportunidades econômicas prevalecem, precarizando as condições de vida, sendo mais importantes do que as condições e formas de trabalho.

5 RESULTADO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação aos resultados, destacamos, no gráfico 1, a heterogeneidade do nível da formação, apontando a desigualdade, responsável pelas assimetrias existentes nas relações de poder entre os sujeitos da pesquisa e que infere nos valores que norteiam a PNH como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos.

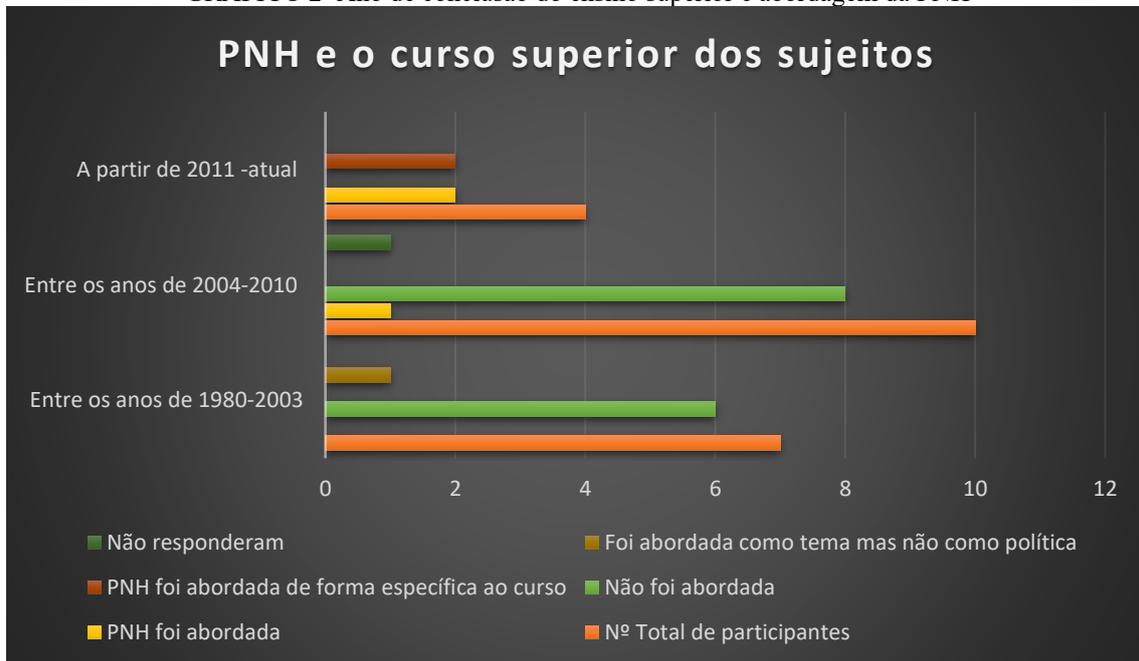
GRÁFICO 1 – Escolaridade por categoria de sujeitos



Outro aspecto a ser destacado, tendo em vista a necessidade de aproximação entre gestão e atenção à saúde, aliada à formação dos profissionais de saúde, os resultados da pesquisa evidenciam que participantes graduados entre 2004 e 2010 não tiveram a PNH abordada em seus cursos, e os graduandos de 2011 viram aspectos relacionando a Humanização quanto a sua prática profissional. Revela-se assim que os/as profissionais passam a ouvir sobre a PNH quando começam a trabalhar no

campo da saúde. No gráfico seguinte (2) podemos observar ano de conclusão do ensino superior e abordagem da PNH.

GRÁFICO 2- Ano de conclusão do ensino superior e abordagem da PNH



No Gráfico 2, é imperativo destacar que a humanização, enquanto política só passou a ser reconhecida no ano de 2003, por isso que os participantes que possuem a conclusão de seu curso no período de 1980 a 2003, referiram não ter sido abordada. Destaca-se que, apenas um entrevistado que se graduou no período, disse ter sido discutido sobre a questão da humanização enquanto tema. Interessante pensar que os participantes graduados neste período podem também ter ouvido falar da humanização mas não ter revelado essa informação tendo em vista que a pergunta se referia a humanização enquanto política. A importância de trazer essa informação, é que a humanização enquanto política, tal como conhecemos hoje, traz em seus precedentes a humanização inicialmente como programa (2001), a partir de reivindicação de movimentos sociais e usuários das políticas de saúde, ainda na década de 1970.

Considerando os resultados a partir dos participantes gestores a PNH, a humanização é vista como um programa associado a EBSERH e com o objetivo de qualificar o processo a partir de um viés verticalizado para sua implementação e não tem necessariamente o intento de mudar uma cultura (de atenção e gestão da saúde).

Foi identificado pelos participantes gestores apenas a Reunião Pública de Governança como espaço de “Co-Gestão e Participação”, porém esta não necessariamente tem a participação de trabalhadores/as e não se constitui como espaço deliberativo, diferente do GTH, que é previsto para exercer este papel, mas não é reconhecido pelos participantes da pesquisa em geral, como um espaço para este fim.



Os usuários trouxeram a questão da humanização, dentro da concepção queixa-conduta, enquanto comportamentos individuais. Apesar destes participantes apontarem questões estruturais que necessitam de mudança, mostraram-se tolerantes e compreensivos com a ideologia da “crise da saúde”. Foi identificada a dificuldade de comunicação entre usuários/as e trabalhadores/as e do acesso a saúde como direito individual e não coletivo. Destacaram, também, reações negativas de profissionais em detrimento de usuários/as que buscaram protagonismo e corresponsabilização nos cuidados.

Em relação aos participantes trabalhadores/as, algumas falas deram visibilidade à fragmentação dos trabalhadores por diferentes regimes de trabalho, carga horária, entre outros aspectos. Identificou-se também a falta de uma isonomia salarial defendida pela Reforma Sanitária, bem como a fragilidade emocional que estas diferenças podem potencializar em alguns momentos no ambiente de trabalho, sendo reiterada a fragilidade da diretriz ambiência evidenciada pelos gestores, acrescentando-se questões alusivas à privacidade dos usuários/as, a qual não existe.

Apenas um dos entrevistados conhecia a diretriz clínica ampliada e compartilhada e o dispositivo projeto terapêutico singular previstos na cartilha da PNH. O desdobramento das respostas sugere que os/as usuários/as não são percebidos como sujeitos integrais, os/as profissionais organizam-se por disciplinas e conduzem os atendimentos de forma ainda fragmentada.

Identificamos, neste estudo, que o modelo de atenção à saúde presente nos processos de trabalho e nos discursos dos sujeitos se aproxima do modelo que defende a ideia do “SUS possível” ou “SUS que dá certo”, no sentido que agrupa os princípios da reforma sanitária condicionados ao da perspectiva privatista, e está alinhado com a reforma sanitária da linha social-democrata, dentro da discussão realizada no referencial teórico, evidenciando a supremacia do direito individual em detrimento ao direito coletivo.

Apesar de vários dispositivos da PNH estarem implementados, como a gerência de porta aberta, ouvidoria, classificação de risco, podemos afirmar que não houve a sua efetivação enquanto política. Observamos que os dispositivos vinculados a diretriz de participação e cogestão, bem como, de ambiência, e da clínica ampliada e compartilhada, pouco são efetivas.

A PNH é defendida aqui com um potencial estratégico para a efetivação do SUS, contudo, revelou-se que a EBSEH tem uma capacidade de interferir na efetivação da PNH, tendo em vista que materializa mudanças estruturais na gestão do SUS pelo viés privatista.

Tendo em vista que a PNH existe há 21 anos, pode-se afirmar que ela não conseguiu impedir a transição do Estado de Direito para o Estado neoliberal e, por este motivo, não interfere na mudança do modo de produção capitalista. Percebemos, que a PNH possui uma roupagem híbrida, a qual possibilita que qualquer vertente ou campo valorativo, de qualquer que seja o projeto civilizatório em disputa, possa se apropriar dos seus conceitos.



Concluimos que o direito à informação, à privacidade, à comunicação entre os usuários e profissionais, assim como entre os profissionais e a gestão, e a implementação dos dispositivos da diretriz clínica ampliada e compartilhada continuam sendo os maiores desafios para a efetivação da PNH.



REFERÊNCIAS

- ALVES, Giovanni. Formas de reestruturação produtiva. In: ALVES, Giovanni. Dimensões da reestruturação produtiva: ensaios da sociologia do trabalho. Londrina: PRÁXIS, 2007.
- BENEVIDES, Regina de Barros; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas públicas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 13 de junho de 2012. Trata da pesquisa e testes em seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 13 jun. 2012. Seção 1, p. 59.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 4. ed. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Folheto, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf. Acesso em: 24 nov. 2018.
- BRAVO, Maria Inês de Souza; [et al.]. Partidos políticos e a luta por saúde. In: BRAVO, Maria Inês de Souza; MENEZES, Juliana de Souza Bravo (orgs.). Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013.
- BRAVO, Maria Inês de Souza; MARQUES, Morena Gomes. Saúde e luta sindical: entre a reforma sanitária e o projeto de saúde privatista. In: BRAVO, Maria Inês de Souza; MENEZES, Juliana de Souza Bravo (orgs.). Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013.
- CASTRO, Marina Monteiro de. Humanização em saúde: intencionalidade política e fundamentação teórica. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2018.
- FLEURY, Sonia Maria; OUVÉNEY, Assis Mofort. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2. ed., 2012.
- GOMES, Rogério Miranda. Humanização e desumanização no trabalho em saúde: algumas contribuições conceituais para uma análise crítica. *Capitalismo e Saúde*. CEBES, 2012. ISBN 978-85-88422-29-2.
- MARX, Karl. O capital: crítica da economia política: livro 1. 35. ed. V. 1. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.
- NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. Economia política: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, v. 1, 2012. Coleção Biblioteca Básica do Serviço Social.
- NEULLS, Talita Fernandes. Análise acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde no âmbito do SUS. Mestrado em Políticas Públicas. Instituição de Ensino: Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.



NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. O direito à saúde na reforma do Estado brasileiro: construindo uma nova agenda. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma brasileira e a CEBES. Capitalismo e Saúde. CEBES, 2012.

PEREIRA, Camila Potyara. Proteção social no capitalismo: crítica a teorias e ideologias conflitantes. São Paulo: Cortez, 2016.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Reflexões teóricas sobre a democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury (org.). Reforma sanitária em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 4. ed., 2011.