

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

“HUMANIZASUS”: UMA AVALIAÇÃO POLÍTICA DA POLÍTICA

Talita Teresa Gomes Furtado

São Luis

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

“HUMANIZASUS”: UMA AVALIAÇÃO POLÍTICA DA POLÍTICA

Dissertação apresentada para
obtenção de qualificação no
Programa de Pós-graduação em
Políticas Públicas.

Orientadora: Professora Doutora
Salviana de Maria Pastor Santos
Sousa.

São Luis

2011

Furtado, Talita Teresa Gomes

“Humanizatus”: uma avaliação política da política/ Talita
Teresa Gomes Furtado. - São Luis, 2011.

117f.

Orientadora: Profa. Dra. Salviana Santos Sousa

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade
Federal do Maranhão, 2011.

1. Políticas públicas – Saúde 2. SUS – Humanização I. Título.

CDU 614.2 (81)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

“HUMANIZASUS”: UMA AVALIAÇÃO POLÍTICA DA POLÍTICA

APROVADA EM __/__/____

BANCA EXAMINADORA

Professora Dr^a Liberata Campos Coimbra

UFMA

Prodeadora Dr^a Valéria Ferreira Santos de Almada Lima

UFMA

Professora Dr^a Salviana de Maria Pastor Santos Sousa (Orientadora)

UFMA

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus pais, Danilo e Rosane, que são verdadeiros mestres em amor, ética e comprometimento com a vida.

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares: pai, mãe, irmãs, avô e avós, que sempre me estimularam e me motivaram a seguir em frente neste e em outros desafios da minha vida acadêmica e profissional, sempre prezando meu bem-estar.

Ao meu namorado, Diego Robert Santos Maranhão, que primeiro me estimulou a tentar a chance de ser uma mestranda e crescer profissionalmente, sempre através de palavras e gestos positivos.

À minha orientadora e professora, Salviana de Maria Pastor Santos Sousa, que soube dosar a tranquilidade e o estímulo que lhe são peculiares durante todo o processo de estudo e pesquisa que atravessei.

Aos meus colegas de pós-graduação, que são parte deste e de todos os trabalhos desenvolvidos durante esses dois profundos anos de aprendizagem e amadurecimento. Sem eles, muitos questionamentos não teriam sido construídos e, posteriormente, solucionados.

A todos os mestres desse programa, que estiveram presentes, cada um à sua maneira, durante os diversos caminhos traçados através das disciplinas.

Às professoras Valéria Ferreira Santos de Almada Lima e Liberata Campos Coimbra, que acompanharam o processo de desenvolvimento da dissertação, desde o momento da qualificação do projeto, com observações sempre cautelosas e pertinentes, com o propósito de ajudar nessa minha primeira experiência como pesquisadora.

RESUMO

A dissertação apresenta estudo de avaliação política da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), denominada também de HUMANIZASUS, que foi elaborada e instaurada em 2004, por Grupo de Trabalho específico organizado pelo Ministério da Saúde. A pesquisa desenvolvida buscou esforço no sentido de analisar e elucidar questões e critérios referentes ao processo de formulação e engenharia da política propriamente dita. Para tanto, foi traçada análise histórica do contexto do SUS no panorama de saúde brasileiro, desde o Movimento Sanitário, tendo em vista demarcar os aspectos e fatores condicionantes do cenário de elaboração da PNH e possibilitar a avaliação aqui pretendida. A partir do apanhado histórico traçado e das origens da humanização na agenda de governo, emite-se julgamento acerca do referencial ético-político considerado pelos formuladores da política, bem como avalia-se a coerência e pertinência da proposta, através dos elementos que constituem sua estrutura.

Palavras-chave: Humanização, Políticas Públicas, Saúde, SUS.

ABSTRACT

The dissertation presents a study of political assessment of the National Policy on Humane Care and Management of the SUS (PNH), also called HUMANIZASUS, was drafted and introduced in 2004, for a specific Working Group organized by the Ministry of Health Research developed sought effort to analyze and clarify issues and criteria for the process of designing and engineering the policy itself. To that end, we traced the historical analysis of SUS in the context of the Brazilian health panorama from the Sanitation Movement, in order to demarcate the aspects and determining factors of the development scenario of the HNP and enable the evaluation here intended. From the historical overview tracing the origins and the humanization of the government agenda, emit judgments about the ethical and political reference considered by policy makers, and we evaluate the coherence and relevance of the proposal, through the elements which constitute its structure.

Keywords: Humanization, Public Policy, Health, SUS.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

2 PANORAMA DA SAÚDE NO BRASIL: ANTECEDENTES SOCIOCULTURAIS, POLÍTICOS E ECONÔMICOS DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS

2.1 As referências histórico-culturais na configuração da relação saúde-doença

2.2 O Projeto da Reforma Sanitária: uma nova concepção de saúde para o país.

2.3 Sistema Único de Saúde: produto e produtor de demandas sociais, culturais e políticas

2.3.1 Desafios e obstáculos postos ao processo de operacionalização do SUS

2.3.2 É preciso humanizar o SUS?

3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: o processo de formulação da política

3.1 A Humanização no debate contemporâneo e sua entrada na agenda pública do país

3.2 A Política Nacional de Humanização: referencial ético-político, diretrizes e sujeitos responsáveis pela sua formulação

4 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: a engenharia da política

4.1 Prioridades estabelecidas

4.2 Estratégias Gerais

4.3 Orientações estratégicas para implementação da PNH

4.4 Diretrizes gerais e específicas

5 CONCLUSÃO

6 REFERÊNCIAS

7 ANEXOS

1 INTRODUÇÃO

Trata-se o presente texto de uma dissertação de Mestrado elaborada no contexto do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, cujo objeto de investigação é a Política Nacional de Humanização, tendo em vista seu referencial ético-político, os elementos contextuais de ordem econômica, política e sociocultural que determinaram sua formulação, sua pertinência e a coerência de sua estrutura.

Também intitulada de HUMANIZASUS, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi elaborada pelo Ministério da Saúde em 2003 e instaurada oficialmente em 2004, através de um documento no qual apresenta a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS).

A PNH se propôs a instaurar, de forma objetiva, o conceito de humanização através de ações práticas e exequíveis e prezar pelos princípios inerentes ao SUS, levando em consideração a descentralização, a integração entre equipes de profissionais, técnicos e usuários, o acesso universal à assistência e fomentar o protagonismo e a autonomia de todos os sujeitos envolvidos: individuais e coletivos.

De acordo com o discurso oficial, a elaboração da PNH remonta a uma pesquisa de satisfação realizada com os usuários do SUS pelo Ministério da Saúde, na qual teria sido verificado que o avanço científico e tecnológico não vinha sendo acompanhado por um atendimento humanizado. Nessa ótica, o objetivo do MS com a criação da referida política foi de estabelecer condições de melhoria do contato pessoal com os pacientes, para que estes sejam atendidos de forma humana e solidária (BRASIL, 2004).

Apesar da justificativa do MS para a criação da PNH responder a demandas concretas da sociedade, a criação de uma política específica, com essa configuração, no contexto do SUS, se apresenta carregada por um debate tensionado.

De fato, pode-se entender que ao SUS já cabe implementar o que se propõe a PNH: uma “assistência comprometida com a qualidade de vida, qualificação de práticas, acesso com acolhimento, responsabilidade quanto ao vínculo e valorização dos

trabalhadores e usuários e controle social participativo” (BRASIL, 1990), em suma, baseada em relações humanizadas.

Se tudo isso é verdade, por que, então, se precisa criar toda uma estrutura para dar suporte à operacionalização de um princípio inerente a esse sistema? Uma vez que as relações humanizadas são implícitas ao processo de cuidar e assistir no âmbito da saúde, que diagnóstico é considerado acerca desse processo no país? Uma política de humanização do SUS, portanto, não se baseia em um argumento tautológico? São questões básicas que iluminaram a captação dos elementos que deram origem ao presente trabalho, processo desenvolvido através da metodologia da avaliação política da política.

Para avaliar a PNH no Brasil, procurou-se apreender os elementos contextuais (sociais, culturais, econômicos e de caráter ético-político) que se constituíram pano de fundo no processo de formulação dessa política, o referencial que a direcionou, bem como os aspectos considerados em seu conteúdo substantivo que culminaram no que se definiu como o processo de humanizar a atenção e a gestão da saúde no contexto do SUS.

A avaliação permitiu, assim, compreender a humanização como componente da política e a sua tradução no cotidiano como direito de cidadania (acesso aos serviços de boa qualidade e exercício do controle social na gestão da política).

Considerando-se que a PNH estrutura-se no contexto da operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e que tem a “humanização” como ponto central de ação pública formulada em determinado momento histórico, foram selecionadas as seguintes categorias teóricas para desenvolver a avaliação que deu origem à presente dissertação: políticas públicas de saúde, trabalho, ao se tratar de uma política que se propõe a humanizar as práticas de atenção e gestão, bem como relações de poder e humanização.

A partir do entendimento da política pública como o que o governo escolhe fazer ou não fazer ¹(DYE, 1984), faz-se necessário compreender a área em questão como abrangente e multideterminada, uma vez que se traduz num sistema que possui objetivos para alcance de determinados resultados, os quais têm relação com o ambiente, sendo influenciados por interesses de grupos, partidos, comunidades, beneficiários, técnicos e da própria mídia (EASTON, 1970).

¹ Concepção apresentada por Thomas Dye na obra “Understanding Public Policy”, que ele sintetiza a partir do conceito construído por Bachrach e Baratz em “Two Faces of Power”(1962) de que a não ação do governo também pode ser considerada uma política pública.

De acordo com EASTON (1970), toda e qualquer ação pautada numa estrutura que possui princípios e objetivos específicos na esfera política é precedida de um amplo e complexo processo de formulação, sendo este produto da ação coletiva de sujeitos direcionados por diferentes interesses e necessidades. Nesse sentido, para esse autor, o processo de formulação de políticas públicas envolve atividade política, resultado do processamento pelo sistema político de inputs e withinputs². Enquanto os primeiros têm sua origem no meio ambiente os withinputs são entendidos como fatores originados no interior do próprio sistema político³.

Através desses processamentos expressam-se demandas que, dependendo da conjuntura e das relações de interesses entre sujeitos e racionalidades diversas, podem ou não originar uma questão politicamente relevante.

Uma situação pode existir durante muito tempo, incomodando grupos de pessoas e gerando insatisfações sem, entretanto, chegar a mobilizar as autoridades governamentais. Neste caso, trata-se de um “estado de coisas” – algo que incomoda, prejudica, gera insatisfação para muitos indivíduos, mas não chega a constituir um item da agenda governamental, ou seja, não se encontra entre as prioridades dos tomadores de decisão. Quando este estado de coisas passa a preocupar as autoridades e se torna uma prioridade na agenda governamental, então se tornou um “problema político” (RUA, 1998, p. 5).

Portanto, antes da formulação de uma política pública existe todo um processo de reconhecimento de dada situação-problema, que se define de forma complexa e envolve contextos e fatores diversos: lutas, interesses contrários e contraditórios, conflitos de ordem conceitual e teórica e racionalidades diferentes que concorrem entre si para fazer passar à agenda política temas e problemas que devem ser objeto de ação ou omissão do Estado perante a sociedade. Nos estudos de FOUCAULT (1979), esse processo que ele denomina de governamentalidade é a própria arte de governar, uma ação historicamente determinada que se define mediante relações de poder.

Para melhor compreensão sobre a humanização enquanto temática alvo de atenção da agenda pública de determinado governo, é indispensável retomar questões e

² Denominação de Easton (1970) para aspectos do processo que podem expressar demandas (reivindicações de variados tipos de bens e serviços: saúde, educação, transportes, segurança pública, entre outros) e suporte/apoio (obediência a cumprimento de leis, atos de participação política, respeito a autoridade dos governantes, etc).

³ O “sistema político” pode ser representado pelos agentes do executivo, os parlamentares, os governadores de Estado e o judiciário.

momentos da agenda pública do Brasil, no sentido de expor o percurso que essa agenda segue para se constituir e, desta forma, elencar assuntos e demandas que chamaram atenção na configuração da sociedade brasileira.

Nenhuma análise política pode ser competentemente realizada se dissociada do seu contexto historicamente determinado. E, o contexto historicamente determinado da PNH é o conflito ideológico entre a social-democracia e o neoliberalismo, que vem repercutindo em reformas como tentativa de enfrentar a lógica hegemônica e possibilitar programas e políticas que possibilitem a oferta de cidadania e alcance dos direitos sociais legitimados desde a Constituição de 1988. Nessa perspectiva, essa problematização tem apontado para a relação orgânica entre a “humanização” e o Estado capitalista, de modo que somente uma análise que considere as políticas sociais no seu conjunto, tanto como “ação intervencionista do Estado” quanto produto das “lutas sociais”, pode-se libertar da visão imatura ou da postura de mera denúncia que caracterizou durante muito tempo, e ainda caracteriza, como denuncia SILVA (2000, p.28), a literatura sobre a política social brasileira.

No Brasil, é relevante considerar a trajetória que as políticas sociais apresentaram, em grande parte influenciada pelas mudanças econômicas e políticas ocorridas no plano internacional e pelos impactos reorganizadores dessas mudanças na ordem política interna, (LAVINAS; VARSANO, 1997). Mas tais influências e impactos ajudaram, ao invés de dificultar, a produzir uma experiência nacional, que pode ser tipificada como um “ sistema de bem-estar periférico” (PEREIRA, 2000).

A política social aparece na agenda do Estado brasileiro a partir das transformações associadas à Revolução de 1930 e à Era Vargas. Esse cenário configura-se como produtor de repercussões importantes na evolução da sociedade brasileira, uma vez que a política social se constitui num mecanismo de engenharia institucional que permitiu a incorporação de atores sociais ao sistema político num contexto de baixa institucionalização liberal. Neste sentido, ela não se define como intervenção compensatória ou redistributiva e de organização do mercado de trabalho – objetivos que balizaram, fundamentalmente, a ação dos sindicatos nos países capitalistas avançados, ou no Brasil no período recente; a política social se inscreve num movimento de nation building e de integração social o qual assume na América Latina especificidades” (RICO, 1998).

No que concerne a isso, RICO (1998, p. 15) introduziu:

O debate sobre as políticas públicas e seu impacto sobre o bem-estar social assumiu, a partir do início dos anos 60, contornos bastante distintos. Não nos interessa o debate acadêmico intramuro, nem a discussão de estratégias de forças políticas organizadas enquanto tal (embora se possa reconhecer que a discussão na arena acadêmico-científica ou intra-organizações – partidárias ou não – mantém uma interação dinâmica com as transformações na agenda governamental na medida em que, a um só tempo, influencia e é influenciada pelo Estado-em-ação). Aqui, privilegia-se a análise do campo teórico que baliza os processos de decisão e avaliação de políticas públicas.

Segundo PEREIRA (2000), a política social brasileira, no âmbito da proteção social, teve seus momentos de expansão exatamente em períodos contrários à instituição do direito à cidadania, isto é, em regimes militares que se configuraram como autoriários e sob governos de coalizões conservadoras. Ao seguir essa direção, entende-se que a proteção social no Brasil não se apoiou firmemente nas bases do pleno emprego, dos serviços sociais universais, nem armou, até hoje, uma rede de proteção impeditiva da queda e da reprodução de estratos sociais majoritários da população na pobreza extrema. O padrão brasileiro de proteção social constituiu-se, então, a partir de características diversas tais quais a ingerência do poder executivo; “a seletividade dos gastos sociais e da oferta de benefícios e serviços públicos; heterogeneidade e superposição de ações; desarticulação institucional; intermitência da provisão; restrição e incerteza financeira (PEREIRA, 2000, p. 126)

É por isso que, comparado com os modelos de Estados de Bem-Estar constantes das tipologias construídas por vários estudiosos, o caso brasileiro se formou a partir da combinação de elementos presentes em modelos diversos: social-democrata, liberal e conservador. Tudo isso mesclado à um padrão clientelista, populista e paternalista no que se refere a tradição política do país (PEREIRA, 2000).

Como afirmou ARRETCHE (1999), as relações intergovernamentais características do regime militar eram mais próximas ao padrão de Estado Unitário do que às características de Estado Federativo.

Foi um Estado dotado destas características que consolidou o Sistema Brasileiro de Proteção Social, até então um conjunto disperso, fragmentado, com reduzidos índices de cobertura e fragilmente financiado de iniciativas governamentais na área social. Esta forma de Estado moldou uma das principais características institucionais do Sistema Brasileiro: sua centralização financeira e administrativa (ARRETCHE, 1999, p. 4).

Ao considerar a política de saúde, ARRETCHE (1999) trouxe à tona a questão da execução da mesma através de centralização financeira e administrativa que ensejava o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e os demais programas de cunho vertical que o Ministério da Saúde implantava, apesar de que a saúde era distribuída, àquela época, entre diferentes instituições. Tal formato institucional, segundo a estudiosa, era “compatível com o tipo de Estado vigente durante a ditadura militar, para o qual estados e municípios eram agentes da expansão do Estado e da execução local de políticas centralmente formuladas” (ARRETCHE, 1999, p. 4).

Durante o então período de transição democrática, denominado de “Nova República”, que é posterior ao período de regime militar e centralizado, é nítida uma reorganização institucional que culminou com a organização da Assembléia Nacional Constituinte, em 1986, bem como apresentou-se a concepção de proteção social na qual tanto os direitos sociais quanto as políticas concretizadoras desses direitos receberam atenção especial (PEREIRA, 2000).

Ao longo dos anos 1980, recuperaram-se as bases do Estado federativo no Brasil. A democratização – particularmente, a retomada de eleições diretas para todos os níveis do governo – e a descentralização preconizada pela Constituição de 1988 alteraram profundamente a natureza das relações intergovernamentais.

A partir de 1984, o campo conceitual se desloca para a análise do modus operandi e do seu caráter burocrático privatista, centralizado, excludente e ineficaz. No diagnóstico que os analistas críticos e setores organizados realizaram, dois instrumentos de engenharia político-institucional são apontados para a superação do mistargeting: a participação dos atores excluídos na arena decisória das políticas (e seu corolário, a transparência nos processos decisórios) e a descentralização (pela qual os problemas associados ao gigantismo burocrático poderiam ser superados) (RICO, 1998, p. 18).

Em relação a esse quadro cabe dizer que uma redefinição dos critérios de avaliação da política social foi sendo desenvolvida no decorrer desse período de valorização e reestruturação da democracia na década de 1980. A participação passou a ser central no modus operandi das políticas públicas desde sua introdução na agenda pública como princípio democrático. Tal cenário deve ser entendido e considerado no que se refere ao debate que desenvolveu-se no período da constituinte, que era direcionado à reforma das políticas públicas de natureza social (RICO, 1998).

De acordo com PEREIRA (2000), foi neste período que ganharam força os pleitos pela configuração de um padrão administrativo e financeiro baseado na descentralização, a partir do qual a participação social e as políticas sociais foram consideradas no âmbito institucional. Isso explica também a inclusão na Constituição Federal de mecanismos de democracia semidireta – como a municipalização, o plebiscito, o referendo e a ação popular -, seguidos da construção de um pacto federativo (com a descentralização de responsabilidades da esfera federal para a estadual e a municipal), bem como de mecanismos de controle democrático – como os conselhos de políticas públicas e de defesa de direitos, de caráter deliberativo e representação paritária do Estado e da sociedade na sua composição.

Foi nessa década, então, que as políticas sociais chamaram atenção na configuração da agenda de reformas institucionais, o que resultou na promulgação da Constituição Federal de 1988. Esse cenário, como já entendido no decorrer da exposição, refere-se à mobilização da sociedade em diversas frentes, com o intuito de democratizar os direitos sociais e legitimar o acesso aos mesmos. O sistema de proteção social foi reformulado num cenário que incorporou valores e princípios que representaram “inovação semântica, conceitual e política” (PEREIRA, 2000, p. 152). Nessa perspectiva os conceitos de “direitos sociais”, “seguridade social”, “universalização”, “equidade”, “descentralização político-administrativa”, “controle democrático”, “mínimos sociais”, dentre outros, passaram, de fato, a constituir “categorias-chave norteadoras da constituição de um novo padrão de política social a ser adotado no país” (PEREIRA, 2000, p. 152).

Portanto, durante a década de 1980 e, em particular, a partir da instauração da Constituição de 1988, cada nível de governo passou a ter autoridade e autonomia política próprias no Brasil, considerando políticas como mecanismos de concretização de direitos e tendo como base um novo modo de financiamento da área, com fundo e orçamento únicos, benefícios redefinidos e organização condizente com o princípio da universalização. (DRAIBE, 1993).

Entre outros aspectos, a barganha federativa no quadro político do Brasil passou a considerar esse fator de responsabilidade pública pela gestão de políticas sociais, fato este influenciador de racionalidades envolvidas no processo de eleição de problemas e alternativas, para a formulação ou não de políticas e programas, bem como seu desenvolvimento e implementação, direcionado a cada nível de governo.

É devido à dimensão de barganha federativa que o processo de descentralização das políticas sociais no Brasil só pode ser efetivo na medida em que as administrações locais avaliem positivamente os ganhos a serem obtidos a partir da assunção de atribuições de gestão, ou, pelo menos, que considerem que os custos com os quais deveriam arcar poderiam ser minimizados pela ação dos demais níveis de governo (PEREIRA, 2000, p. 5).

Segundo RICO (1998), cabe resumir esse período da Nova República, no que consiste ao panorama político no país, pela fragmentação da coalizão que a viabilizou e que, ao mesmo tempo, inviabilizou o projeto reformador das políticas públicas de natureza social. Nesse sentido, cabe a conclusão da autora de que o grande número de grupos de trabalho emergentes à época no sentido de implementar reformas setoriais em diversas áreas, inclusive na saúde, merece especial análise.

No quadro da crise fiscal e de fragmentação da coalizão que viabilizou a Nova República emerge um realinhamento dos atores coletivos, visando uma redefinição das esferas pública e privada, das relações Estado-Sociedade. Observa-se, portanto, que o eixo analítico da problematização das políticas públicas se desloca, mais uma vez, no sentido de redefinição do papel do Estado e da legitimidade desse papel, e não mais no sentido da forma e conteúdo da intervenção pública (RICO, 1998, p. 21).

Nesse sentido, uma vez que se trata de avaliação política da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção do SUS, considerando suas dimensões, referencial e conteúdo substantivo, como já delimitado anteriormente, cabe discorrer sobre políticas de saúde, de forma a introduzir questão central que permeia todo o trabalho: a questão da humanização na agenda pública de saúde.

O campo da saúde no Brasil tem sido marcado historicamente por políticas diferenciadas que se direcionam no sentido de organizar a produção de ações e serviços técnico-assistenciais que envolvem o processo de saúde-doença bem como tem sido alvo de conflitos de ordem conceitual no que se refere ao entendimento da saúde coletiva.

No período colonial, por exemplo, o Brasil não possuía uma estrutura pública de acesso e garantia à saúde. As práticas conhecidas eram voltadas para a busca da cura de doenças através de ritos espirituais e religiosos capitaneados pelos pajés, que tinham nas ervas e plantas naturais o meio de prover assistência. Segundo ROSEN (1994), a chegada da família real portuguesa ao país, em 1808, demarcou o início da elaboração de medidas de governo frente à saúde dos indivíduos, que pode ser caracterizada pela criação das duas primeiras escolas de medicina do país: o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro.

Já no início do século XX, com o aparecimento de doenças contagiosas consequentes da falta de saneamento básico no Rio de Janeiro, o presidente da época (Rodrigues Alves) nomeou o médico Oswaldo Cruz para buscar controle da situação. Nesse contexto nasceu a primeira medida considerada sanitária e de ação pública no país: um grupo liderado pelo médico em questão passou a invadir casas e espaços públicos com a justificativa de queimar e limpar focos de doenças. Outra medida importante para o entendimento da saúde pública e sua constituição no Brasil, remete à ação posterior de Oswaldo Cruz na busca do controle de epidemias, que se materializou através de uma vacinação antivariólica, que assustou a população e convergiu na chamada “revolta da vacina” (ROSEN, 1994).

No que se refere a medidas públicas de saúde, pode-se entender como pontual a campanha de educação sanitária organizada por Carlos Chagas, que sucedeu Oswaldo Cruz na missão de assumir a saúde como premissa governamental. De maneira pontual também cabe retomar a chegada dos imigrantes europeus ao Brasil, que suscitou a necessidade de ação dos governos perante a população pobre e operária, uma vez que esta formava uma massa ampla de força social.

É na Era Vargas, contudo, a partir de 1930, que se pode falar, de fato, na configuração de um sistema público de proteção social que, no campo da saúde é representado pela organização e constituição do Ministério de Educação e Saúde. Com ele, foi delimitado o caráter normativo às ações sanitárias, bem como a promoção e criação de órgãos para combater endemias.

No período da ditadura, iniciado em 1964, observa-se então a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o posterior Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), através dos quais, além dos serviços públicos, era desenvolvida uma extensa rede de contratos e credenciamentos da rede privada para prestar serviços à sociedade. Com o fim do período militar e início da democratização, momento no qual surgiram os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e das Secretarias de Saúde, mudanças significativas são configuradas no contexto da cidadania democrática que alcançou sua representatividade com a promulgação da Constituição Cidadã (1988), na qual o Sistema Único de Saúde foi instituído como símbolo da reformulação da saúde no Brasil.

Nesse processo longo e envolto em transformações os referenciais, serviços e práticas de saúde no Brasil foram mudando, se reorganizando, para responder às mínimas necessidades de manutenção e reprodução do processo produtivo, além de

responder a movimentos e demandas populares. Todos esses fatores configuraram reformas e políticas para o setor. A configuração dessas mudanças é ampla e abrange questões sociais, culturais, políticas e econômicas, que serão contempladas no decorrer da exposição.

A partir do SUS a saúde é considerada como direito social, enfrentando um modelo anterior no qual os indivíduos eram divididos em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde através dos seguros da previdência (trabalhadores com carteira assinada); e os que não tinham direito algum. O Sistema Único de Saúde traz à tona um conceito ampliado de saúde legitimado em todo texto constitucional, o qual relaciona a mesma não somente à ausência de doença, mas a fatores condicionantes e determinantes do bem-estar físico, mental e social como: alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte e lazer (BRASIL, 1990).

Levando em consideração esse traçado histórico, o SUS é o resultado de lutas pela redemocratização da sociedade brasileira que aconteciam em meio a movimentos de resistência à ditadura militar. No campo da saúde, essa resistência se expressou no Movimento da Reforma Sanitária a partir do qual foram formulados os princípios de universalidade, equidade e integralidade da saúde na Constituição de 1988 como direito de qualquer cidadão e como dever do Estado.

Com o conceito de saúde, é a dimensão do público que é revigorada nas políticas de saúde. Não mais identificado a estatal, o público indica, assim, a dimensão do coletivo. Política pública, política dos coletivos. Saúde pública, saúde coletiva. Saúde de cada sujeito, saúde da população (PAIM, 1992).

Neste trabalho, é importante enfatizar a centralidade do Sistema Único de Saúde, uma vez que a PNH foi desenhada e intitulada a partir da realidade configurada nesse sistema: os elementos referentes aos processos de formulação, implementação e avaliação e, especificamente, seu referencial ético político que tem na perspectiva da humanização seu paradigma central.

De acordo com LEPARGNEUR (2003), humanizar é saber promover o bem comum acima da suscetibilidade individual ou das conveniências de um pequeno grupo. Para PESSINI (2002) é possível e adequado para a humanização se constituir, sobretudo, na presença solidária do profissional, refletida na compreensão e no olhar sensível, aquele olhar de cuidado que desperta no ser humano sentimento de confiança e solidariedade.

Segundo CONSOLI (2000), humanizar é reintroduzir o humano no funcionamento do hospital, quer dizer, evitar que este último seja reduzido ao papel de usina para reparar órgãos danificados. Para MARTINS (2001), a humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização.

Entendido assim, humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética; ou seja, para que o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo sejam humanizados, é preciso tanto que as palavras expressas pelo sujeito sejam entendidas pelo outro quanto que este ouça do outro palavras de seu conhecimento. Pela linguagem, fazem-se as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem que haja desumanização recíproca (BUSS, 2000). Sem comunicação não há humanização. A humanização depende da capacidade de falar e ouvir, do diálogo com os semelhantes.

No que concerne ao ideário da humanização e no questionamento quanto a seu referencial ético-político, seus elementos constitutivos no processo de formulação e perante a necessidade de analisar a pertinência e coerência de seus princípios, a noção de cuidado vem a ser central em toda a problemática. De acordo com DESLANDES (2005), o sentido de humanização que vem sendo adotado no contexto das ciências e práticas de saúde é o de qualificar as formas de assistência que valorizem a qualidade do cuidar.

Neste sentido, o cuidado é relacionado com o acolhimento e a cultura de respeito e valorização do humano, aspecto este que representa uma “tentativa de enfrentar os problemas relativos à má qualidade nas várias áreas do atendimento hospitalar, voltando-se para as necessidades de usuários e profissionais (VAITSMAN et al, 2005, p. 601). Sobre isto, cabe a assertiva de FLEURY (2003, p. 244):

O cuidado médico representa uma dupla característica, a primeira de ser um processo de trabalho que tem como objetivo a intervenção em valores vitais (biológicos e psicológicos) e a segunda, ao atender necessidades humanas, de ser uma unidade de troca à qual é atribuída, social e historicamente, um valor.

A autora discorre sobre a concepção que Arouca introduziu de especificidade das políticas sociais que envolvem essa relação de troca e cuidado entre sujeitos. Ao colocar a dualidade existente nessa relação, que envolve ao mesmo tempo uma troca e uma forma de consumo da saúde enquanto mercadoria, aspecto este envolto no contexto de saber técnico-científico que os profissionais que cuidam possuem e as questões de poder que estão nessa relação supostas, sua referência é muito importante nessa discussão e no desenvolvimento da avaliação política aqui apresentada.

Arouca inaugura o campo de estudos da chamada economia da saúde ao identificar as relações entre Medicina e produção capitalista, fundadas na capacidade do cuidado permitir a elevação da produtividade do trabalho, na redução das desigualdades e das tensões sociais, na sua incidência sobre a produção de valores (valores de uso para os detentores da força de trabalho e valores de troca para os capitalistas), na capacidade de determinação de uma normatividade social. (FLEURY, 2003, p. 244).

De acordo com Fleury, o autor rompeu com a tradição marxista que considerava o trabalho em saúde como “não produtivo” e introduziu a combinação que o trabalho expõe: parte do processo de geração, produção e de consumo, concepção esta que coloca o cuidado em saúde no contexto de consumo produtivo, determinado, também, pela dinâmica de acumulação.

Como observado por RIBEIRO (1993), o trabalho em saúde é também submetido a determinações sociais e, conseqüentemente, assume sua condição política e ideológica, ao discriminar necessidades da população. Logo, entende-se que a prática de assistência à saúde articula-se com o econômico e, conseqüentemente, com os interesses hegemônicos.

Se as doenças são determinadas e normalizadas como decorrência das relações de produção, elas acabam sendo doenças da produção, do trabalho; se a prática da medicina, não a do médico individualmente considerada, tem esta mesma subordinação, toda medicina é, por definição nesta sociedade, uma medicina do capital (RIBEIRO, 1993, p. 44).

Sendo assim, o hospital contemporâneo tem missões diversas. Segundo SCHRAIBER (1989, p. 102), continuou sendo um aparelho formador de profissionais em permanente qualificação prática. Mas, ao qualificar técnicos, o setor hospitalar e de assistência qualifica e avaliza tecnologias, que são produtos, mercadorias. O hospital, nesse caso, é o espaço no qual essas e outras mercadorias são vendidas, mesmo que em

caráter público. E, como colocado por RIBEIRO (1993), o trabalho se configura como uma destas mercadorias de valor de uso e de troca.

Assim, ao lado da missão de recuperar a força de trabalho e devolvê-la ao mercado, o hospital contemporâneo reproduz, de outro modo, o capital. Ele também é uma empresa, realiza uma atividade econômica, em que o capital se multiplica direta e indiretamente. A incorporação e o uso de tecnologias implicam investimentos e custos elevados, cujo retorno ampliado é obrigatório no hospital lucrativo. Se não o é, como no hospital estatal (realidade concernente ao SUS e à Política aqui avaliada), nem por isso deixa de reproduzir o capital, posto que, além de sua missão de recuperar a força de trabalho adoecida, é lugar de venda e consumo de mercadorias, especialmente de um tipo especial de mercadoria: as tecnologias médicas.

É essa nova missão, de instituição que reproduz o capital de muitas maneiras, que caracteriza o hospital contemporâneo. O que assinala essa transição é um salto tecnológico importante: a produção industrial da penicilina em 1941, descoberta por Fleming doze anos antes (RIBEIRO, 1993, p. 29).

Além de produtos que o setor saúde comercializa, como os medicamentos, equipamentos médicos e materiais descartáveis também são objetos da indústria da saúde e da doença no Brasil e no mundo. A partir dessa conjuntura a assistência médico-hospitalar se universalizou e se constituiu como bem de consumo, não mais parte de uma cerimônia que era relacionada à Igreja e buscava solucionar demandas de enfermidades e patologias surgidas nos séculos passados. A clientela do hospital continua sendo, em sua maioria, de pobres, mas são milhões de trabalhadores adoecidos e acidentados.

A assimilação dessa assistência como direito e benefício, cuja obrigação de financiar passou a ser compartilhada por empregadores, empregados e Estado, obedeceu a causas diversas. Entre as principais estão o reconhecimento do trabalho industrial como causador de doenças, acidentes e mortes, a necessidade imperiosa de recuperar mais rapidamente a força de trabalho lesada, para fazê-la retornar à produção, e a pressão social dos trabalhadores e vítimas.

Esse cenário deve ser considerado devido ao fato de a prática de assistência à saúde, seja em âmbito público ou privado, reproduzir a lógica do capital e das estruturas sociais em voga. Independente de ter finalidade lucrativa, por envolver venda e consumo de produtos e ser destinada à assistência e recuperação contínua da força de

trabalho acometida coloca os serviços de saúde dentro da cadeia de reprodução capitalista (DONNANGELO, 1975).

Ao se tratar de uma política pública que estabelece como cerne a humanização nas práticas de atenção e gestão, considera-se importante o trabalho nesse setor, bem como as relações de poder que são intrínsecas a esse cenário. Por ter como objeto a atenção e gestão, a PNH direciona-se ao trabalho em saúde e ao contexto desse trabalho no cotidiano das práticas, que é permeado por relações humanas, políticas e sociais, relações de poder.

Entende-se aqui o poder como fenômeno expresso em toda e qualquer relação social, sendo intimamente ligado à política no sentido weberiano de liderança e tomada de decisões, considerada a partir de influências que configuram uma atitude política. Neste sentido é pertinente considerar as relações de poder que estão presentes na ação política em vários aspectos, em específico no fazer saúde, não somente na ação do Estado frente à sociedade (WEBER, 1974).

Relações humanas, por si mesmas, envolvem hierarquia e, conseqüentemente, poder. Na organização das práticas em saúde, múltiplas relações de poder produzem e acumulam saberes que circulam e constituem discursos de verdades.

Além das relações de poder que são estabelecidas no âmbito hospitalar e de assistência, entre os diferentes profissionais e funcionários que trabalham com a saúde, uma variável nessa problemática e que está inserida no contexto de humanização considerado por políticas e projetos, é a relação de poder que naturalmente é estabelecida entre o médico e a equipe com os pacientes. Este tipo de relação, que poderia tornar-se suspeito em período de boa saúde, torna-se necessário em período de doença, tanto para o médico quanto para o doente. O médico tem necessidade da submissão do doente e este precisa sentir que o médico é poderoso e competente.

Por estar inserida em paradoxos diversos, composta por sujeitos e racionalidades que representam políticas sociais e econômicas, a saúde brasileira contemporânea representa uma sociedade em que o biopoder parece estar presente nas relações assistenciais, acadêmicas, profissionais. Esse “biopoder” é engendrado por tecnologias, métodos e relações que são naturais da vivência dos profissionais de saúde. Nesse sentido, os profissionais de saúde não somente exercem o biopoder, mas também são constituídos por ele (FOUCAULT, 1993).

No cotidiano dos serviços de saúde, as relações de poder são relacionadas ao lugar e olhar de cada sujeito, de acordo com o saber e a prática que o conhecimento

profissional permite ao outro. Em termos de hierarquia, o médico continua detendo o poder da cura, do saber frente às questões que acometem o corpo e impossibilitam a plena saúde, inclusive a força de trabalho.

O que o médico faz é aplicar um saber datado, utilizá-lo como instrumento de sua prática sobre outros homens que a medicina normalizou, segundo o modo de produção, as necessidades e valores criados em cada sociedade. Em seu trabalho normalizador de funções, órgãos e psiquismo do paciente, ele não intervém como antigamente e à semelhança de outros tantos curandeiros, autorizados ou não (RIBEIRO, 1993, p. 41).

Considerando o conceito de sociedade civil de OLIVEIRA (2007), que parte de uma perspectiva relacional de sujeitos sociais heterogêneos, que se organizam em graus diferentes e que possuem interesses divergentes em um mesmo campo de disputa, evidencia-se o entendimento de uma pluralidade de determinantes na composição da realidade social em que se vive. Nesse sentido, é importante delinear o contexto em que diversos sujeitos e racionalidades sinalizaram a humanização enquanto ponto relevante no que tange à promoção, manutenção e recuperação da saúde no Brasil, aspecto que envolve o trabalho em saúde no contexto do SUS.

Segundo DINIZ (2005), o termo humanização já era utilizado no âmbito da assistência hospitalar desde o início do século XX, pela medicina obstétrica. O sentido original do termo seria baseado em propor um parto no qual a dor pudesse ser amenizada, o que ia contra a postura da Igreja católica à época, que pregava a dor do parto como uma forma de expiação e merecimento por parte da mulher como consequência do pecado original.

Desse modo, as lutas sociais por um atendimento com qualidade, interpretado posteriormente como humanizado, que tiveram como principais atores as organizações dos idosos, portadores de HIV e de distúrbios mentais e os movimentos feministas por um parto mais humanizado é assumida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e indicada à agenda política dos mais diferentes países.

É possível observar duas questões comentadas aqui: primeiramente, a incorporação da humanização como questão relevante de atenção da agenda governamental não pode ser unicamente determinada, pelo contrário, trata-se de um conjunto de necessidades e interesses que envolveram ações e atitudes individuais e coletivas, institucionais e extra-institucionais, e que produziram resultados reais e passíveis de demandar atenção dos sujeitos envolvidos nas diversas esferas da

racionalidade administrativa que fazem parte do poder público; e finalmente, a atitude do governo em “reconhecer” essas práticas de humanização e torná-las objeto de programas e ações específicos que constituem uma política é sustentada por interesses próprios dessa forma de racionalidade, que condiz com a necessidade de apresentar respostas à sociedade e se impor como “atuante” em determinada esfera de demanda social.

Partindo do exposto, é importante delimitar a já citada Constituição Federal de 1988 como paradigma no que tange à delimitação e legitimação da saúde como tema básico de atenção e cumprimento frente às necessidades da sociedade. Ao instaurar a saúde como parte do sistema intitulado “Seguridade Social”⁴ e estruturar o SUS – Sistema Único de Saúde, a Constituição estabeleceu os princípios e bases que, a partir daquele momento, garantiram o acesso universal e integral de todos os brasileiros aos serviços de saúde e a todos os processos que essa assistência oferece.

Baseado legalmente nesses princípios norteadores da Seguridade Social, é que o termo “humanização” passa a simbolizar uma tentativa de valorizar os sujeitos, as relações e as práticas envolvidas nessa nova dimensão pública de saúde que o sistema em questão preconiza. A idéia de humanização é totalmente legitimada no conceito de saúde adotado pela Constituição, que amplia a dimensão básica da vida humana saudável ao nível de uma integral qualidade de vida, e não mais à simples ausência de doença. A partir dessa mudança de olhar, a saúde passa a abranger aspectos que consideram a atenção à saúde mental, trabalho, moradia, educação, entre outras variáveis que fazem parte da noção ampliada do que vem a ser um cidadão saudável.

Outro ponto determinante da questão “humanizadora” no cerne da temática da saúde é pautado no princípio de integralidade do atendimento e prática de saúde no país. Ao focar os aspectos relacionados à qualidade de vida e visar à equidade e universalidade da assistência, o SUS abriu espaço para aspectos que ultrapassam o simples domínio técnico de sintomas e alternativas de prevenção e recuperação.

O termo “integralidade” traz à tona uma visão mais completa do processo saúde-doença, que envolve relações entre profissionais e pacientes, bem como inicia a discussão da importância da família e do ambiente dos pacientes no seu processo de adoecer e, conseqüentemente, no possível processo de cura (CAMON, 2004).

⁴Conjunto de políticas sociais cujo fim é amparar e assistir o cidadão e a sua família em situações como a velhice, a doença e o desemprego. Estrutura-se por três vertentes: Assistência Social, Previdência Social e Saúde, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, chamada de “Constituição Cidadã”.

Com a nova amplitude dada pela Constituição à dimensão da saúde e às formas de organização e princípios incluídos no SUS, passam a ser centrais fatores como: a melhoria do atendimento aos usuários e beneficiários, a melhoria das condições de trabalho para todos os profissionais envolvidos e o preparo dos sujeitos participantes das ações de assistência em todas as instâncias e serviços oferecidos no país.

Em se tratando da formulação da PNH, é relevante identificar os sujeitos principais que se articularam na etapa de formulação do que viria a ser o programa de ações da Política. Além da mídia, que, junto aos beneficiários, profissionais e pesquisadores da saúde possibilitou debates em nível nacional e internacional acerca do tema humanização na saúde, os burocratas e políticos se fazem presentes nesse momento, ao discutir e levantar pontos concernentes aos aspectos que norteiam a “HumanizaSUS”. BENEVIDES E PASSOS (2005), respectivamente diretora e consultor da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde à época da formulação da Política, comentaram suas participações ativas na construção da dimensão pública da humanização da saúde, atividade essa que os mesmos afirmam ter se tornado possível após uma defesa persistente da priorização do tema na agenda política governamental.

Sobre essa questão, os técnicos, envolvidos no processo de estruturação da PNH, chamam de desafio a necessidade constante de reflexão e reavaliação de conceitos e práticas ditas “humanizantes”, ao passo que a humanização vem de um histórico de menosprezo ligado à filantropia e ao paternalismo⁵. Nessa etapa surgem tensões advindas de interesses e concepções diferentes e muitas vezes conflitantes entre políticos, empresários, técnicos e gestores, que estão intimamente relacionados às decisões que são consideradas.

A partir desse entendimento cabe entender que a sociedade caminhava até então numa perspectiva “desumanizada”? A dimensão desumanizante da ciência e tecnologia se dá na medida em que ficamos reduzidos a objetos de nossa própria técnica e objetos despersonalizados de uma investigação que se propõe ser fria e objetiva, posição esta sem a autonomia e a dimensão social do direito já alcançada.

A falta de condições técnicas e materiais também pode induzir à desumanização, na medida em que profissionais e usuários se relacionem de forma desrespeitosa, impessoal e agressiva, piorando uma situação que já é precária. Um hospital pode ser excelente na questão da tecnologia e mesmo assim ser desumano no atendimento, por

⁵ Sistema de relações sociais e trabalhistas, unidos por um conjunto de valores, doutrinas políticas e normas fundadas na valorização positiva da pessoa do patriarca.

tratar as pessoas como simples objetos de intervenção técnica, sem serem ouvidas em suas angústias, temores e expectativas, ou sequer informadas sobre o que está sendo feito com elas, princípio demarcado pelo Sistema Único de Saúde.

O projeto que criou a PNH tinha, dessa forma, dois cerne que nortearam a construção de alternativas direcionadas a estabelecer princípios básicos: instaurar, de forma objetiva, o conceito de humanização através de ações práticas e exequíveis⁶ e prezar pelos princípios inerentes ao Sistema Único de Saúde, levando em consideração a descentralização, a integração entre equipes de profissionais, técnicos e usuários, o acesso universal à assistência e fomentar o protagonismo e a autonomia de todos os sujeitos envolvidos: individuais e coletivos.

De acordo com CAMPOS (2004), a construção da PNH centrou-se no objetivo de afirmar a saúde não como valor de troca, mas como valor de uso, padrão esse que obedece à noção de integralidade e da dimensão humana dos direitos enquanto previstos e garantidos legalmente. Ao ser intitulada “HumanizaSUS”, a Política então formulada representa a tentativa de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano de toda e qualquer prática de atenção e gestão da saúde pública, centrada na perspectiva de uma assistência comprometida com a qualidade de vida, qualificação de práticas, acesso com acolhimento, responsabilidade quanto ao vínculo, valorização dos trabalhadores e usuários e controle social participativo.

Outra característica importante na temática da humanização é a justiça, cujas normas exigem que a dignidade fundamental do ser humano seja respeitada e que os iguais sejam tratados com igualdade. É justamente esta falta de justiça no sistema brasileiro de saúde que provoca certa indignação ética, que clama por uma maior humanização deste sistema?

O objetivo geral da pesquisa foi o de desenvolver uma avaliação política da Política Nacional de Humanização, considerando seu referencial teórico, os fundamentos de ordem política, econômica e sociocultural que o embasaram, bem como sua pertinência e coerência interna, que diz respeito à adequação do referencial aos princípios, objetivos e elementos desenhados em sua estrutura para fins de alcançar os resultados desejados.

Em busca de respostas referentes às questões introduzidas e tendo como diretriz as dimensões consideradas anteriormente, o trabalho direcionou-se por três objetivos

⁶ Capazes de ser executadas/implementadas - fator relevante para a introdução de uma questão social na agenda governamental.

específicos: elucidar o referencial ético-político que embasou a PNH; desvendar os elementos de ordem econômica, política e sócio-cultural que condicionaram a construção da PNH e analisar a pertinência e coerência do documento da PNH em relação aos princípios de justiça social implícitos e explícitos em seu processo de formulação.

No que concerne à metodologia utilizada, a pesquisa avaliativa foi desenvolvida a partir dos métodos da pesquisa social, de acordo com a temática social sobre a qual a política se debruça.

Segundo FIGUEIREDO (1986), os cientistas políticos têm se preocupado de forma tradicional e comum ao estudo da eficácia das políticas, sem focar atenção à avaliação política dos princípios que fundamentam as mesmas, do contexto e do próprio conteúdo destas. Ao citar Brian Barry, eles enfatizam o papel da avaliação em atribuir valor, julgar as políticas como “boas” ou “más”. E, no que se refere à pesquisa, apontam como necessário estabelecer critérios e métodos de avaliação que possibilitem julgar se e por que uma política é preferível a outra, uma vez que toda política e/ou programa possui princípios que são baseados em concepções de bem estar humano e social.

Dessa forma, por avaliação política entendemos a análise e elucidação do critério ou critérios que fundamentam determinada política: as razões que a tornam preferível a qualquer outra. Mas uma vez, porém, recorremos a Brian Barry para lembrar que estas razões têm que ser relevantes, ou seja, devem estar referidas a princípios cuja realização irá, presumivelmente, contribuir para uma desejável quantidade e distribuição de bem estar (FIGUEIREDO E FIGUEIREDO, 1986, p. 2).

Como considerado por ARRETCHE (2001), as políticas são formuladas a partir de questões e fatores que dizem respeito a conflitos de interesses e visões diversas sobre determinados temas e problemáticas emergentes, o que clama por negociações e barganhas em diferentes níveis.

O modelo de avaliação política de programas e políticas sociais, a partir da concepção de ARRETCHE (2001), é uma reflexão que conduz à crítica do próprio programa ou da política que em questão. No entanto, ele pode ir além da qualidade de “estratégia metodológica”, sendo mesmo uma “estratégia de poder”, visto que, de acordo com SILVA (2001, p.21), não basta “concordar com a importância dos processos avaliativos, mas se questionar sobre o potencial da avaliação como

instrumento para tornar visível a intensidade das demandas no campo das políticas sociais em nossa sociedade”.

Assim, como já foi dito, a avaliação do processo de formulação da PNH nos remete à emissão de um julgamento em relação à “concepção” e “desenho” dessa política no contexto político contemporâneo; à pertinência dessa política face à realidade que se pretende modificar, bem como, à coerência interna dos seus elementos constitutivos, além de analisar e elucidar os princípios de ordem política, econômica e sócio-cultural que fundamentam o modelo de intervenção social que lhe dão suporte.

Os objetivos e o desenho/estrutura de determinado programa ou política são elaborados através de processo decisório engendrado por acordos que apontam não necessariamente para a estrutura mais adequada, mas para o resultado possível de alcançar em meio a circunstâncias, interesses, visões e sujeitos diferentes.

A análise de formação e definição de políticas sociais, onde são definidos e negociados os seus conteúdos e objetivos, há que considerar o critério de justiça que norteia uma dada política, a estrutura de carências e desigualdades que ela pretende mudar e as relações de poder (interesses afetados, formas de representação, mecanismos de participação, etc) nelas expressas (FIGUEIREDO, 1985, p. 5).

Segundo FIGUEIREDO (1985), questões referentes à formação da agenda, tipo de processo decisório, mecanismos de participação política, centralização/descentralização, mecanismos de captação de recursos, relações entre o Estado e o setor privado, critérios quanto à destinação de recursos, hierarquização de programas e seletividade x universalização dos benefícios, são fatores que devem ser principais no processo de avaliação política, no qual a formação das políticas sociais se faz central.

Dentro das possibilidades da pesquisa avaliativa, o trabalho seguiu a direção de uma avaliação política da política, já que esta, segundo propõe SILVA (2008, p. 149) permite analisar e elucidar as razões que tornaram determinado problema em objeto de política pública, preocupando-se com os princípios explícitos que a fundamentam; também porque este tipo de avaliação se detém no “exame substantivo da política e de seu produto, procurando desvendar a compatibilidade do produto com o princípio de

justiça social, o que significa entrar no mérito da efetiva apropriação dos bens físicos (produto e impacto)”.

Seguindo a proposta da autora já citada para levar a cabo este modelo-componente da avaliação existem duas abordagens: a primeira é a “avaliação política da política propriamente dita” que consiste em analisar “os fundamentos e condicionamentos de ordem política, econômica e sociocultural que determinaram o processo de formulação da política ou de elaboração de um plano, voltando-se para a identificação e análise dos princípios de justiça social, implícitos ou explícitos, que orientaram o processo de transformação de uma agenda pública em alternativas de políticas num programa a ser adotado e implementado” (SILVA, 2008, p. 149).

A segunda abordagem seguida foi a avaliação da engenharia da política, procurando-se delimitar aspectos que se relacionam à participação e contribuição dos diferentes sujeitos para formulação do programa; o diagnóstico considerado para a construção de objetivos; a relação entre o referencial e o conteúdo expresso nos documentos oficiais, tendo em vista a análise da coerência e pertinência da mesma e sua articulação com outros programas (parcerias).

A partir da concepção da avaliação política da política propriamente dita e tendo em vista os objetivos propostos, delimitou-se como procedimento principal a análise bibliográfica acerca do tema (livros, periódicos, artigos, dissertações e teses) e revisão documental de materiais produzidos acerca da Política Nacional de Humanização: o próprio documento oficial da PNH (HumanizaSUS), cartilhas de ações e estratégias de gestão e atenção, documentos referentes à saúde (SUS) e aos direitos sociais em geral (Constituição Federal de 1988) e demais documentos do Ministério da Saúde.

No sentido de levantar informações conclusivas ou convergentes, foram acessadas também fontes secundárias, tais como materiais reproduzidos por sujeitos formuladores da PNH: entrevistas concedidas, artigos e textos desenvolvidos e publicados, todos relacionados à Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS e com referências ao tema da humanização no âmbito da saúde.

A pesquisa partiu-se do pressuposto de que uma avaliação pertinente e adequada não deve considerar apenas o sucesso ou o fracasso de uma política/programa. Nesse sentido, considerou-se relevante também investigar os “pontos de estrangulamento”

(ARRETCHE, 2001) capazes de desviar ou mesmo inviabilizar sua consistência e, posteriormente, a implementação efetiva da política.

Além dessa introdução, a presente exposição comporta um segundo capítulo no qual se desenvolve esforço teórico acerca da contextualização histórica de elementos sociais, políticos e econômicos, bem como culturais que antecedem e influenciam a formulação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

Neste sentido, discorre-se sobre a questão saúde-doença e suas concepções culturais e historicamente determinadas através de análise bibliográfica sobre o tema. Em seguida, é trabalhado o paradigma configurado pelo Movimento Sanitário no Brasil, que culminou no projeto da Reforma Sanitária e alterou significativamente toda a concepção de saúde.

Ainda no segundo capítulo faz-se um traçado histórico do SUS, na perspectiva de que esse Sistema é central para a avaliação política desenvolvida na pesquisa enquanto produto e, ao mesmo tempo, produtor de demandas sociais que abrangem diferentes contextos, sujeitos e racionalidades.

De forma específica, como parte do segundo capítulo, delinearam-se dois itens de central relevância para a avaliação política desenvolvida: **“Desafios e obstáculos postos ao processo de operacionalização do SUS”** e **“É preciso humanizar o SUS?”**, que convergem na questão central.

O terceiro capítulo trata da avaliação propriamente dita, que remete aos valores, princípios e referências que permeiam a formulação da PNH. Preocupa-se com a escolha desta política em dado contexto, bem como com a fundamentação de seu referencial ético-político e os valores intrínsecos ou não ao mesmo.

O capítulo procura desvendar, assim, a concepção de saúde e humanização adotadas pela política, a dinâmica do processo de formulação destacando pactos, pressões e contra-pressões (LAMOUNIER, 1982). Compõe-se de dois itens. O primeiro denomina-se **“A Humanização no debate contemporâneo e sua entrada na agenda pública do país”** e traz à tona os aspectos concernentes à entrada da humanização na agenda pública, com destaque para as questões e os sujeitos presentes nesse contexto. No segundo, **“A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: referencial ético-político, diretrizes e sujeitos responsáveis pela sua formulação”**, desenvolve-se análise de sua construção no que concerne às referências adotadas pela PNH e às questões desenhadas pelos sujeitos formuladores como conteúdo substancial de alternativas elaboradas.

O capítulo seguinte, último na estrutura do trabalho, trata da engenharia da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Nesse capítulo é exposto o documento e suas dimensões estruturais, prioridades, estratégias, diretrizes gerais e específicas e orientações referentes às ações e implementação da PNH, o que possibilita respectiva análise da coerência e pertinência destes elementos com os princípios e todo o referencial ético-político que embasou a mesma, no sentido de avaliar de forma significativa a coerência de sua engenharia com a teoria considerada em seu processo de formulação.

2 PANORAMA DA SAÚDE NO BRASIL: antecedentes socioculturais, políticos e econômicos da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS

No presente capítulo discorre-se sobre as referências histórico-culturais na configuração da relação saúde-doença e sobre os movimentos ocorridos no Brasil, em especial, a partir dos anos de 1970, para substantivar a configuração do SUS. Busca -se, assim, apreender os determinantes da denominada PNH no contexto dos desafios e obstáculos postos ao processo de operacionalização do SUS para tentar responder à questão central: é preciso humanizar o SUS?

2.1 As referências histórico-culturais na configuração da relação saúde-doença

O paradigma da saúde e da doença é questão intrínseca à vida em sociedade mesmo durante os primórdios da humanidade, quando a linguagem não era desenvolvida o bastante para suscitar discussão e organização de ações sanitárias de forma geral. Contudo, uma vez entendido que a linguagem foi elaborada pelos homens para expressar sentimentos e pensamentos, é fato que o corpo e a mente demandavam atenção e cuidados, mesmo que exclusivamente de forma fisiológica.

Como discutido por PIRES (1989), a atenção à saúde surge como um sistema artesanal e simbólico de cura para males que surgiam em diversos âmbitos e

comunidades. Os povos indígenas foram os primeiros a desenvolver tais ações representadas por terapêuticas encontradas e manipuladas pela natureza. A dinâmica se desenvolvia com base na crença de que os fenômenos de doença e de saúde eram provenientes de intervenção divina, compreensão esta que explica a organização social dos povos em grupos e nomeações específicas para o uso de poções, oferendas, sacrifícios e amuletos naturais com os quais buscavam “cura”. “A lógica da cura baseava-se, ora na magia, e ora na religião, respectivamente” (OLIVEIRA, 1981, p. 3).

A partir do século XVI, uma demanda de serviços assistenciais surgiu em razão do desenvolvimento do comércio e do conseqüente crescimento das cidades e necessidade de percorrer longas distâncias para ter acesso a mercadorias, artesãos, servos e camponeses expulsos ou fugidos de suas terras. Esse cenário cria novas necessidades frente à saúde e à assistência social uma vez que no início da Idade Média o número de indivíduos marginalizados e isolados de seus lares era limitado e eram abrigados e apoiados pela Igreja, instituição de poder, status e condições econômicas políticas e financeiras que assumiu, por longo período, a assistência a doentes, enfermos e qualquer condição considerada “fora dos padrões” reconhecidos pela sociedade (ROSEN, 1980).

Com base na concepção de marginalidade social, então, configura-se a noção do hospital. No que tange a sua origem, FOUCAULT (1979) afirma não ser possível identificar de forma pontual, pois ele existia na Grécia e na Roma Antiga, em forma de templos que eram construídos com o objetivo principal de homenagear deuses e servir de abrigo a pobres, enfermos e velhos. Na China e no Egito, antes e depois de Cristo, também houve registros de hospitais em forma de hospedarias e hospícios.

Segundo ROSEN (1980), ainda na Idade Média, o hospital adquire nova configuração. A criação de equipes médicas e de enfermarias para cuidar de doentes começa a se delinear. Porém, ainda com caráter religioso e de forma gratuita, atendendo efetivamente doentes e moribundos. Até parte do século XVIII quem entrava no hospital não costumava sair, morria no ambiente hospitalar, de fato. A assistência médica da época tinha no hospital a premissa da morbididade, uma vez que essa instituição surge como ambiente de acolhimento de enfermos que não tinham cura nas condições normais da sociedade, através da assistência da Igreja e de grupos curativos. O hospital não tinha o pressuposto de tratamento e recuperação que hoje possui.

Essa soberania da Igreja nas concepções de saúde-doença vigentes era baseada nas crenças religiosas que responsabilizavam influências demoníacas e punições divinas

pela ausência de saúde que acometiam os indivíduos (MULLER, 1978). Esse panorama é, de fato, compreensível no que tange às possibilidades tecnológicas e éticas da época que limitavam as investigações e análises quanto à prevenção e proteção de males e doenças, combinado ao poder religioso que a Igreja assumia e que contribuiu para o controle desta sobre a prática médica e assistencial.

A situação começa a adquirir novas nuances a partir de meados do século XIX, graças ao desenvolvimento da bacteriologia (após as grandes descobertas de Pasteur e Koch), da introdução da antissepsia e da incorporação das enfermeiras ao ambiente hospitalar (SINGER, 1988). Fatores diversos contribuem para as transformações no campo da saúde e no que se refere à cultura hospitalocêntrica, enquanto âmbito de representação e efetivação da saúde-doença. Portanto, transformações sócio-econômicas, políticas e tecnológicas, de maneira não linear e envolta por sujeitos diversos contribuíram para as mudanças e avanços no campo médico-hospitalar que ficaram claras no decorrer do século XIX e começo do século XX.

O hospital que emerge a partir do século XX ainda é um lugar de internação de pobres, mas todos passam a ser reconhecidos como doentes e carentes de cuidados, ao adentrar a instituição hospitalar. A camada mais abastada economicamente passam então a usá-lo, após a queda gradual da mortalidade intra-hospitalar e também à medida que setores direferenciados são instalados. Além desses fatores, o surgimento de patologias de causas externas e características urbanas reforçam essa socialização do hospital, consequências diretas e indiretas do processo de industrialização nesse período.

Assim, a instituição hospitalar perdeu as missões de penitência e misericórdia da Idade Média e tornou-se lugar de tratamento médico e recuperação, processo este que se inicia desde o século XVIII, ganhando estabilidade no século XX, com a produção industrial dos quimioterápicos e de equipamentos, que compõem o cenário contemporâneo do hospital. (RIBEIRO, 1993).

O hospital já não é o lugar de “moribundos” descrito nas histórias dos hospitais europeus, que pode ser lembrado pela afirmação de FLORENCE(1973), estudiosa que participou de forma relevante da reforma do século XIX: “o primeiro requisito de um hospital é que não faça qualquer mal ao doente” (1853). Segundo BARNES (1973), o princípio se manteve válido durante o século XX, uma vez que os hospitais passaram a matar menos doentes e curar mais, fator que possibilitou, entre outros, a valorização e a

mitificação dos médicos modernos, detentores do conhecimento e, desta forma, do poder sobre a saúde dos indivíduos.

Diante disso, especialidades médicas se constituíram como pertinentes frente à perda de credibilidade de conhecimentos supersticiosos, mágicos e meramente religiosos que gradativamente foram demonstrando pouca efetividade em contraponto às transformações ocorridas. O conhecimento científico, então, começa a ser admitido perante a sociedade e a saúde passa a ser aliada ao bem-estar.

De acordo com PAIM (2005), a constituição da saúde coletiva, tendo em conta os seus fecundos diálogos com a medicina social, tal como vem se concretizando nas duas últimas décadas, permite uma delimitação compreensivelmente provisória desse campo científico, enquanto campo de conhecimento e âmbito de práticas. Enquanto campo de conhecimento, a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los.

Nessa perspectiva, a saúde coletiva pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde. Este contempla o desenvolvimento de atividades de investigação sobre o estado sanitário da população, a natureza das políticas de saúde, a relação entre os processos de trabalho e doenças e agravos, bem como as intervenções de grupos e classes sociais sobre a questão sanitária (RIBEIRO, 1991). São disciplinas complementares desse campo a estatística, a demografia, a geografia, a clínica, a genética, as ciências biomédicas básicas, entre outras. Esta área do saber fundamenta um âmbito de práticas transdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e transetorial.

Enquanto âmbito de práticas, a saúde coletiva envolve determinadas práticas que tomam como objeto as necessidades sociais de saúde, como instrumentos de trabalho, distintos saberes, disciplinas, tecnologias materiais e não materiais, e como atividades intervenções centradas nos grupos sociais e no ambiente, independentemente do tipo de profissional e do modelo de institucionalização. Abrange, portanto, um

conjunto articulado de práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas, desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas instituições de saúde, nas organizações da sociedade civil e nos institutos de pesquisa, informadas por distintas correntes de pensamento resultantes da adesão ou crítica aos diversos projetos de reforma em saúde (PAIM, 1992).

Portanto, a saúde coletiva privilegia nos seus modelos ou pautas de ação quatro objetos de intervenção: políticas (formas de distribuição do poder); práticas (mudanças de comportamentos; cultura; instituições; produção de conhecimentos; práticas institucionais, profissionais e relacionais); técnicas (organização e regulação dos recursos e processos produtivos; corpos/ambientes); e instrumentos (meios de produção da intervenção).

Ainda segundo PAIM (1992), os atuais desafios da saúde coletiva não se limitam à formação profissional, à produção de conhecimentos, à renovação conceitual e epistemológica dentro do campo institucional presentemente ainda reconhecido como saúde pública. Tais desafios atravessam toda a organização social, desde a produção, distribuição e consumo de bens e serviços até as formas de organização do Estado e dos seus aparelhos nas suas relações com a sociedade e a cultura.

Uma questão primordial nessa problemática é a seguinte: a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS considera em seu referencial e nos elementos que a constituem enquanto política esse contexto amplo e complexo de questões que constituem o panorama da saúde? A humanização do SUS é apoiada em que fundamentos? Cabe investigar seus princípios e de que forma as necessidades que impulsionaram a formulação dessa política são supridas em seu documento estrutural. Tal questão recai sobre o cerne principal da Política que esse projeto se propõe a estudar e, possivelmente, avaliar: o que seria, na prática, o verbo “humanizar”?

Como disse BOURDIEU (1996, p. 81), “a ciência social lida com realidades já nomeadas e classificadas, portadoras de nomes próprios e de nomes comuns, de títulos, signos, siglas”.

Conforme se pode constatar, todos os esforços para encontrar na lógica propriamente lingüística das diferentes formas de argumentação, de retórica e de estilística, o princípio de sua eficácia simbólica, estão condenados ao fracasso quando não logram estabelecer a relação entre as propriedades do discurso, as propriedades daquele que o pronuncia e as propriedades da instituição que o autoriza a pronunciar-lo” (BOURDIEU, 1996, p. 89)

Através dessa pontuação é pertinente afirmar o caráter cultural e social que o contexto de saúde-doença assume, a partir do momento em que a temática em questão permeia todo este trabalho.

A representação da saúde-doença manifesta de forma específica as concepções de uma sociedade como um todo. Cada sociedade tem um discurso sobre saúde-doença e sobre o corpo, que corresponde à coerência ou às contradições de sua visão de mundo e de sua organização social (LEVÍ-STRAUSS apud SINGER, 1988, pg. 176).

Sobre isto SINGER (1988, p. 67) discorreu quando trabalhou dois critérios de abordagem do estado de saúde de uma população: “mediante um conceito ideal do que seria esse estado a ser alcançado como meta de políticas de saúde ou de bem-estar social ou mediante um conceito sociológico descritivo do processo pelo qual determinada sociedade determina e reconhece o estado de saúde de seus membros”.

No que concerne a esses critérios, a Organização Mundial de Saúde (OMS) delimitou a seguinte fórmula para caracterizar conteúdo positivo para um conceito ideal de saúde : “um estado de completo bem-estar físico, mental e social não se caracteriza unicamente pela ausência de doença ou de enfermidade”. O pleno bem-estar obviamente não é restringido apenas pelo que se convencionou entender como perturbações da saúde, mas também por circunstâncias econômicas, sociais e políticas, como a insuficiência de recursos para satisfazer as necessidades experimentadas pelos indivíduos e coletividades, a discriminação racial, religiosa ou sexual, ou restrições aos chamados direitos humanos de ir e vir, de exprimir livremente o pensamento.

É claro a partir dessa concepção a crença de que a ciência pode determinar conceitual e teoricamente o que se entende por bom estado de saúde. Porém, na perspectiva sociológica, nega-se tal pressuposto ao entender que a saúde não pode ser quantificada e que um conceito positivo limita as questões envoltas no processo de saúde-doença.

A análise sociológica de como a doença é socialmente apreendida não nega a visão biológica e psicológica da medicina, mas a amplia e complica. No que se refere às enfermidades orgânicas, a sua origem é indubitavelmente uma alteração do organismo do indivíduo. Mas o grau em que se dá esta alteração decide, em muitos casos, se o diagnóstico médico reconhecerá um estado mórbido ou não (SINGER, 1988, p. 73).

No sentido de enriquecer o resgate histórico e social do panorama da saúde e do entendimento atual de seus fatores, importa perceber que o indivíduo doente se reconhece como tal pela correspondência a sintomas socialmente postos e reproduzidos, que indicam enfermidades, doenças ou, de maneira negativa, ausência de saúde. Portanto, o estado de saúde da população depende de fatores referentes às relações do indivíduo com o meio externo e interno, o que abrange seu organismo e seu meio social, entendido como o meio em que a cultura, as práticas e os serviços se estabelecem. Segundo Singer (1988, p. 73), esse meio social “molda a atitude do indivíduo face aos sinais de alteração orgânica que lhe são dados perceber”.

A saúde é então entendida como “uma explicitação das condições de igualdade social na medida em que é determinada por um conjunto de direitos”. No que tange ao direito, outro conceito se apresenta na problemática da saúde: o de cidadania que é compreendida a partir da existência formal de direitos civis, políticos e sociais, mas que remete efetivamente a possibilidade de exercê-los (BOBBIO, 1992).

No tocante a essa noção de direitos, a saúde adotou, após longo período de “estruturação” positiva e teórica, uma temática coletiva e social, que vai na direção dessa cidadania alcançável através de garantia de direitos. Segundo Singer (1988), a forma de distribuição desse direito é que é motivo de dissenso, quando a saúde, por si só, é elemento potencial de consenso.

No Brasil, um consenso representado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, pautou o conceito adotado pela atual Constituição Federal regente no que diz respeito à saúde: segundo acordado, a saúde plena, aquela que não envolve somente a recuperação da doença, significa: “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. Conceito este que no momento em que é resultante e condicionante de um conjunto de fatores e decorre de formas de organização social da produção, coloca a saúde no âmbito de transformação social (SCOREL, 1999).

No sentido de elucidar a construção longa e complexa desse conceito e de todo o estado das artes da saúde no Brasil no contexto de formulação e elaboração de uma Política Nacional de Humanização, é que se discorre sobre o panorama histórico da

saúde a partir dos movimentos delineados na direção da Reforma Sanitária que constata-se, hoje, como paradigma no contexto de saúde brasileira.

2.4 **O Projeto da Reforma Sanitária:** uma nova concepção de saúde para o país.

De forma a contextualizar os elementos e condicionantes desse Movimento Sanitário e do seu escopo frente às transformações buscadas no contexto da saúde, cabe analisar tendências que antecederam e acompanharam esse processo crucial de demanda social no âmbito das políticas e ações de saúde.

Ao falar de saúde e de políticas desse setor, é importante o entendimento do Estado como historicamente responsável por esse rol de ações e práticas sanitárias. Como anteriormente comentado, as campanhas sanitárias do decorrer do século XX no Brasil eram limitadas às ações emergenciais e vacinação, tendo em vista sanar problemas e não preocupadas com prevenção e promoção de saúde. O Ministério da Saúde, criado em 1953, e as Secretarias Estaduais de Saúde tinham como objetivo executar medidas de controle de massa através das conhecidas campanhas relacionadas à febre amarela, doença de Chagas, malária e esquistossomose.

Essas ações eram limitadas tanto no que tange à técnica quanto à eficácia, por serem episódicas e pontuais. As vacinas foram medidas organizadas frente a doenças específicas que só obtiveram resultados através de índices adequados de cobertura nos últimos anos da década de 1970 (CAMPOS, 2007).

CAMPOS (2007), analisando esse cenário, apontou uma conclusão pertinente quanto ao comportamento dos profissionais e demais envolvidos nas políticas de saúde àquela época. Segundo seus estudos, durante todo o tempo em que as ações de Saúde Pública eram limitadas a esse processo pontual e sem planejamento, não há registros de grupos de intelectuais e técnicos no sentido de repensar as políticas públicas e toda a perspectiva da saúde no Brasil. Tal período evidenciou o que o autor chamou de “ocaso” da Saúde Pública, uma vez que nenhum ideário ou ideologia sanitária se configurou. Nos anos setenta, finalmente, esse cenário muda.

De acordo com FLEURY (2006, p. 27), o cenário brasileiro nos anos de 1970 apresentou elementos relevantes:

→ Extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e ainda parte da população rural;

→Reorientação da política nacional de saúde para uma prática médica curativo-individual, especializada e sofisticada, em detrimento de medida de saúde pública, de caráter preventivo e interesse coletivo;

→Desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado em termos de lucratividade, propiciando a mercantilização e empresariamento da medicina através da alocação preferencial dos recursos previdenciários para compra de serviços aos prestadores privados;

→Viabilização de um complexo médico-industrial com a crescente expansão da base tecnológica da rede de serviços e do consumo de medicamentos.

Os fatores acima apontados se desenrolam no decorrer da política de saúde elaborada pelo governo Geisel, que mobilizou a população numa crise sanitária de epidemias de meningite e demais doenças. Houve aumento de mortalidade infantil e níveis de desnutrição, fato que suscitou críticas ao “milagre econômico” que tal regime propôs (CORDEIRO, 1982, p. 83).

O padrão dos serviços de saúde era predominantemente privado e, apesar de ser financiado pelo Estado, obedecia à lógica de mercado, cuja realidade causou uma ruptura entre a assistência médica individual e as práticas de saúde coletiva. Segundo CAMPOS (2006), as instituições de Saúde Pública não tinham acesso à estrutura privada de informações e produção de serviços, bem como não dispunham de capacidade de regulamentar, em qualquer nível, ações da atenção individual produzida por serviços públicos.

Esse panorama diagnóstico traz à tona a crise de um padrão e a busca de uma nova forma de organização das práticas médicas e de assistência, no sentido de legitimação política do setor, que tem no Estado apoio para políticas públicas e sociais. O movimento pela reformulação das políticas de saúde foi então acolhido por grupos burocráticos marginais de instituições de saúde, por exemplo do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médico-Previdenciária Social), além de secretarias e pessoas de dentro do Ministério da Saúde (FLEURY, 2006, p. 170).

Segundo FLEURY (2006), à medida que essa luta da sociedade por democratização avançava, no sentido de mais participação, acentuou-se o aspecto heterogêneo da burocracia dentro do Estado, uma vez que não produziam-se respostas concretas às demandas e o regime perdia legitimação.

Em 1975, na 5ª Conferência Nacional de Saúde, manifestaram-se perspectivas críticas ao modelo estruturado nos governos militares, no sentido de combater a

mercantilização da saúde e as demandas não respondidas, também relacionadas a gastos e benefícios de práticas e serviços. Sobre essas críticas, MERHY (1997) havia apontado um estudo que apresenta três perspectivas de análise de posição da sociedade: a “conservadora”, que lutava pela privatização total das ações médicas e admitiam ação estatal frente à saúde pública; a “reformadora”, que lutava contra as “irracionalidades” do modelo devido à ausência de respostas efetivas às demandas e a “transformadora”, que defendia total reformulação do setor da saúde, apoiada pela ação do Estado através da sociedade civil e de um modelo tecno-assistencial novo e universalizante.

Como resultado, ações frente a essas necessidades foram declaradas por Murillo Villela Bastos, assessor do Ministério da Previdência à época, que lançou metas e objetivos do que vinha a se tornar o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que foi então promulgado pela Lei 6.229/75 com a seguinte caracterização: “complexo de serviços do setor público e do setor privado, voltado para ações de interesse da saúde”, lei esta que fixou atribuições e diretrizes a todas as instituições do governo, quanto ao contexto de ações em saúde.

O Sistema Nacional de Saúde direcionou ao Ministério da Saúde já existente as seguintes responsabilidades: formular a política nacional de saúde; elaborar planos de proteção da saúde; contribuir para a fixação da política nacional de alimentação e nutrição; coordenar a vigilância epidemiológica; controlar as drogas, medicamentos e alimentos para o consumo humano; fixar normas para prédios destinados a serviços de saúde; avaliar o estado sanitário da população e dos recursos disponíveis para sua melhoria e fiscalização das condições do exercício profissional e controle sanitário sobre as migrações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

A questão saúde passa, a partir desse momento e dessas configurações, a estar no cerne da agenda pública, configurando-se um processo de politização da saúde pelo Estado Brasileiro, articulado com movimentos sociais diversos (associações de bairros, comunidades eclesiais de base e movimentos de técnicos e profissionais de saúde, como o Movimento de renovação Médica – REME e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES).

Tal cenário possibilitou enfrentamento de questões concretas referentes à exploração de atividades de saúde com fins lucrativos, pressões das indústrias farmacêuticas e desvios de finalidade de serviços médicos e assistenciais. A partir dessa

5ª Conferência, o referencial de “medicina integrada”⁷ e da efetiva participação da população é instituído e passam a servir de fundo para ações e programas de saúde. Segundo MERHY (1997), essa referência foi baseada em experiências estrangeiras divulgadas pela OMS e pela OPAS (Organização Panamericana de Saúde).

O conjunto de ações desenvolvidas pela sociedade mobilizada por questões de cunho democrático e social e projetos de políticas sociais passa a ser determinante para a aproximação com o Estado e o alcance de conquistas concretas.

Essa bandeira de democracia na saúde foi levantada por um grupo formado por sujeitos de diversos setores da sociedade: intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde, todos contra o regime militar e com influência da Reforma Sanitária Italiana, que foi referência para a academia (AROUCA, 1992).

É relevante apontar que, já nesse movimento social, conceitos base da atual política de saúde se delineavam a partir do discurso dos sanitaristas, tais como: a organização regionalizada dos serviços e práticas de saúde, a descentralização administrativa e de planejamento e a integração, cuja importância se deteve na possível congruência entre técnicas de prevenção e cura de doenças, unificação de ações de execução da atenção individual e coletiva e a intenção de romper com o cenário de multiplicidade de serviços públicos sem interação e desenvolvidos por diferentes óticas de atuação assistencial. No sentido de solucionar a realidade vigente e alcançar esses pressupostos, o discurso culminou no ideário de criação de um Sistema Unificado de Saúde, que reunisse em seu escopo tais princípios e regulamentasse a saúde no país.

O Movimento Sanitário resultou da mobilização e da unificação gradual de diversos movimentos de setores distintos da sociedade. Ele resultou da mobilização do movimento de moradores das grandes cidades, estudantes, médicos, professores universitários e funcionários do INAMPS (RODRIGUES, 2009, p. 86).

O que irá marcar o projeto do movimento sanitário, que desenvolveu o referencial da Reforma Sanitária, é o redirecionamento do eixo regulador das relações do Estado com a sociedade civil (grupos, ongs, instituições, sindicatos e representantes), que eram inpotentes para levantar, discutir e propor críticas e ações sobre o contexto de

⁷ Noção decorrente da Lei 6.229, já comentada no capítulo, que atribui ao conjunto dos Ministérios que compõem o Conselho de Desenvolvimento Social do governo a tarefa de regulamentar, normatizar e coordenar, integradamente, as atividades que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde.

saúde no Brasil e, desta forma, incapazes de gerir alterações do aparelho do Estado (FLEURY, 2006, p. 75)

A proposta da Reforma Sanitária brasileira surgiu e foi vitoriosa num momento em que o regime militar entrou em crise e começou a transição para a democracia. Nesse período, particularmente entre os anos de 1979 e 1988, o país viveu um clima de grande mobilização política pela democracia, que favoreceu a crítica ao sistema de saúde vigente até então (RODRIGUES, 2009, p. 83).

FLEURY (2006) afirma que o conceito Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta 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.

Definido a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o projeto da Reforma Sanitária sustentou-se numa conceitualização da saúde ampliada, relacionada às condições gerais de vida como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação, lazer. A saúde, neste sentido, é definida como um direito do cidadão e, conseqüentemente, um dever do Estado” (GERSCHMAN, 2004, p. 55)

Ao seguir essa lógica, a Reforma Sanitária foi uma proposta que extrapolou o setor saúde. Além de apresentar-se como paradigma de cunho social, foi também político ao acionar a noção de reforma no âmbito das políticas sociais, cuja lógica abrange aspectos históricos e culturais na direção da democracia. Todo o quadro da Reforma Sanitária e de sua constituição gradual e multideterminada configurou-se num agente coletivo de mudança nas configurações do sistema de saúde de maneira ampla e elaborada, uma vez que ultrapassou os limites de uma reforma administrativa ao propor ampliação do conceito de saúde, fato este que apontou a posterior revisão legislativa sobre a saúde e instaurou, na Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde - SUS.

No rol de formulações da Reforma, cuja elaboração foi desenvolvida pelos sanitaristas e demais profissionais e organizações sindicais da área, além do acesso mais amplo e efetivo aos serviços médico-hospitalares, havia a preocupação com a política de recursos humanos do setor, bem como proposições referentes à ciência e tecnologia,

meio ambiente, condições de trabalho e saneamento básico, configuração esta que demarca o sentido abrangente de saúde e das condições atreladas a sua promoção, proteção e manutenção.

De maneira clara e organizada, FLEURY (1989) aponta 3 vertentes desenvolvidas pelo movimento sanitário em sua atuação:

- 1) a sistematização de um espaço de saber - o campo da saúde coletiva;
- 2) a sistematização de espaços de práticas alternativas, constituídos por projetos experimentais e comunitários;
- 3) o desenvolvimento de um trabalho de difusão ideológica, com vistas à construção de consciência sanitária, tendo como ponto de referência o CEBES, criado em 1978.

Segundo a autora, a dinâmica desse movimento expressou-se, também, pelo desenvolvimento de três estratégias básicas:

- 1) a politização da questão saúde/doença que teve seu ápice com a VIII Conferência Nacional de Saúde que, rompendo com a estrutura das outras conferências, permitiu a participação de entidades representativas do movimento popular. Nela são processadas as principais propostas do movimento;
 - 2) sistematização de mudanças na legislação vigente, explicitada na formação da Plenária das Entidades de Saúde que teve papel preponderante na garantia do texto Constitucional de 1988;
 - 3) alterações nas práticas efetivas e no arcabouço das instituições estatais.
- (apud SOUSA, 1996).

Logo, é nítida a emergência de novos e diversos sujeitos políticos que, organizados, possibilitaram uma efetiva ação política referente ao processo de transformação de uma sociedade em torno de uma nova e ampla concepção de saúde a partir de uma conjuntura socioeconômica e política que apresentou-se como favorável para esse cenário e possibilitou a definição de um objeto institucional. (HOCHMAN, 2007).

2.5 Sistema Único de Saúde: produto e produtor de demandas sociais, culturais e políticas

Produto de um longo e amplo movimento social que implicou sujeitos e racionalidades diversas, como visto no item anterior, o Sistema Único de Saúde, promulgado no texto da Constituição Federal de 1988, é a representação de toda uma lógica reformista do setor de saúde, de cunho democrático e igualitário.

Na direção de discorrer sobre seu arcabouço referencial e suas possibilidades e limites, cabe expor seu referencial norteador, que é seguido pela elaboração da PNH e que tem como diretriz central a nova concepção de saúde construída pelo sujeito coletivo que o movimento sanitário personificou.

O Sistema Único de Saúde foi concebido no decorrer do processo social, ético e político já delineado a partir do recorte inicial do movimento sanitário. Segundo esse entendimento, RODRIGUES (2009) traz uma compreensão importante ao afirmar que sua concepção acompanhou um momento político tenso e rico, ao mesmo tempo. A tensão pode ser considerada devido a um movimento que eclodiu a partir dos anos finais da ditadura, cenário este que é envolto em conflitos e expectativas comuns a todo processo de transição política. Enquanto que foi rico por simbolizar e refletir a expressão de diferentes setores da sociedade com criatividade, senso crítico e arcabouço técnico e ético frente ao modelo que direcionou o regime militar.

Desde a proposta efetiva da Reforma Sanitária de 1986, a partir da qual a configuração do SUS foi apresentada, a saúde recebeu caracterização social, de forma a suscitar uma perspectiva ampla do bem-estar e das condições de vida indissociada de fatores sócioeconômicos, culturais, políticos e sociais, que estão em pleno movimento no meio social dos indivíduos. “Saúde não mais significa assistência médico-hospitalar, curativa ou preventiva. Saúde é o resultado de políticas públicas do GOVERNO” (CARVALHO; SANTOS, 1992, p. 21)

A idéia central da saúde como direito social e dever do Estado, legitimada pela CF de 1988, é norteadora do SUS em todo seu escopo teórico e técnico de ações de atenção e gestão da saúde. Tal pressuposto pode ser retomado em seus traços iniciais que apontam para a Constituição de 1934, na qual emergem características desse direito pela competência atribuída à União e aos Estados de cuidar da saúde e assistência públicas. Essa conjuntura condicionou-se pela dimensão particularista e seleta na categoria vigente de cidadania. O socorro público, por exemplo, era limitado a encaminhamentos de indigentes a casas de misericórdia.

A partir da Constituição Cidadã e instauração do Sistema Único, é reconfigurado todo o referencial social da saúde, tendo como avanço significativo frente à sociedade a participação popular, legitimada através de audiências públicas e Emendas Populares. Esse novo desenho da saúde situou os direitos fundamentais e de plenitude de participação do indivíduo, levando a saúde ao patamar de direito social⁸, sendo direito de todos, não mais de um grupo limitado e sem meritocracia pessoal, sendo a partir daí inserido na esfera de dever do Estado⁹. Logo, segundo CARVALHO;SANTOS (1992, p. 21) “a saúde, a partir de 1988, mudou completamente de face (também) do ponto de vista jurídico”.

Segundo o próprio MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006), diante de insuficiência teóricas e políticas apresentadas durante os anos antecedentes, tornou-se necessário transformar noções e conceitos teóricos em proposições políticas, necessidade que liderou o processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde e que pode ser ilustrada pela noção de integralidade, que representa o esforço teórico, político, cultural, metodológico e técnico-operacional de ação no âmbito da saúde no Brasil.

Segundo MATTOS (2001), a integralidade pode ser entendida como imagem representativa de luta dos profissionais de saúde, no sentido de emanar valor a ser defendido perante práticas e atitudes na organização do processo de trabalho. Referenciado nesse prisma, o Sistema Único considera necessidades em saúde que podem ser organizadas em quatro conjuntos: a) boas condições de vida; b) acesso a toda tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida; c) vínculos afetivos (efetivos); d) graus crescentes de autonomia (CECÍLIO, 2001).

No que concerne a seu referencial, cabe também ressaltar que o SUS foi instaurado como mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde de toda a população, no sentido de ofertar serviços com qualidade e adequados às necessidades, independente da classe social e econômica do cidadão. Como premissa, o SUS foi proposto na direção de promover a saúde de forma ampla e irrestrita,

⁸ O Artigo 6º da Constituição Federal de 1988 associou os direitos sociais à Educação, à Saúde, ao Trabalho, ao Lazer, à Segurança, à Previdência Social, à Proteção, à Maternidade, à Infância e à Assistência aos desamparados. E a moradia foi inserida como direito social através da Emenda Constitucional nº 26, do ano de 2000.

⁹ “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, como exposto no artigo 196 (BRASIL. Constituição federal, 1988).

priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população tenha acesso a direitos de saúde e tendo em vista o controle da ocorrência de doenças, seu aumento e possível propagação.

O Sistema Único de Saúde surge na perspectiva da Seguridade Social, definida como “composta de um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à Saúde, à Previdência e à Assistência Social, destacando os seus objetivos: universalidade, uniformidade e equivalência de benefícios e serviços, seletividade e distributividade, equidade, diversidade da base de financiamento e caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa” (BRASIL, 1988).

Constitucionalmente, o SUS é organizado de acordo com as seguintes diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, abrangendo atividades assistenciais curativas e, prioritariamente, as atividades preventivas; e a participação da comunidade, ou seja, o exercício do controle social sobre as atividades e os serviços públicos de saúde. (CARVALHO;SANTOS, 1992, p. 75).

A LOS (Lei nº 8.080/90), que regulamenta o direito à saúde previsto pela Constituição de 1988, traz ainda 13 princípios norteadores das ações e práticas:

- I – Universalização de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III – Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV – Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V – Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI – Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII – Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII – Participação da comunidade;

IX – Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;

- a) Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X – Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI – Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII – Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

XIII – Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Quanto aos objetivos e atribuições instauradas, os artigos 5º e 6º estipulam:

Artigo 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde – SUS:

- I – A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II – A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no inciso 1º do artigo 2º desta lei;
- III – A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Artigo 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS:

- I – A execução de ações:

- a) De vigilância sanitária;
- b) De vigilância epidemiológica;
- c) De saúde do trabalhador;
- d) De assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

II – A participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico.

III – A ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV – a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V – a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI – a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológico e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII – o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII – a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX – a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X – o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico.

XI – a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

No texto constitucional, cabe ressaltar, é enfatizada a importância dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde como instâncias institucionais de controle das iniciativas do Estado, para garantir a implementação de políticas condizentes com os princípios do SUS, importância esta oficialmente legitimada na Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Para lutar pelos seus direitos, os cidadãos podem e devem atuar sobre estes e outros instrumentos do âmbito do Estado, do governo e da sociedade.

Em virtude dessa perspectiva de estruturação do Sistema Único de Saúde, o surgimento de novos sujeitos sociais é propiciado e estimulado no âmbito das políticas

de saúde. Decorrente do cenário de lutas e movimentos sociais que foram delineados desde os anos de 1980, em especial de maneira forte nos anos de 1990, os conselheiros e profissionais de saúde conquistaram cada vez mais espaço no diálogo com o Estado e, notadamente, alcançaram uma concepção mais democrática dos direitos e da saúde como ampla e abrangente. Tal cenário propicia a emergência de demandas novas para as políticas sociais e, especificamente, no setor saúde.

Com base nessa conjuntura que a avaliação propriamente dita da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção do SUS é pertinente na busca de compreender a entrada de questões na agenda e a formulação da mesma enquanto política pública de saúde, de âmbito nacional, esforço este exposto e analisado no próximo capítulo.

2.3.1. Desafios e obstáculos postos ao processo de operacionalização do SUS

O contexto histórico no qual o SUS foi implementado e oficialmente instaurado é, nitidamente, um momento conturbado, uma vez que era época de processo eleitoral e de crise financeira que se agravou ainda mais com a eleição de um governo que não se apresentou comprometido com os pressupostos centrais da Reforma Sanitária. O panorama conjuntural não foi propício à efetivação e implementação do Sistema Único e esse fator foi preponderante para acarretar impecilhos e limitações à operacionalização dos princípios, diretrizes e metas que o SUS apresentou.

O governo então em voga, do ex presidente Collor de Mello, reduziu o financiamento do SUS à metade do que estava oferecido até 1990, o que suscitou em queda de qualidade de serviços e afastou do Sistema instituições privadas que estavam então conveniadas. Em razão disso, hospitais privados se reorganizaram em torno do mercado de planos de saúde, como meio de competir para aumentar seu orçamento e se autofinanciar (RODRIGUES, 2009, p. 127).

A aprovação da Lei Orgânica de Saúde, que ocorreu nessa fase, dois anos após a promulgação da Constituição, só obteve resultado em 1992, quando o Poder Executivo deu início ao processo de operacionalização do SUS. Na sua regulamentação, por meio de uma norma operacional, foram estabelecidos mecanismos que contrariavam dispositivos constitucionais, o que evidencia a resistência à reforma no âmbito burocrático (CARVALHO, 1996; GERSCHMAN, 1995).

HOCHMAN (2007) aponta que algumas análises identificam o fracasso da efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) devido ao momento de expansão e consolidação que o sistema privado estava vivendo exatamente no momento propício à implementação do SUS.

A conjuntura da crise fiscal, associada ao fortalecimento de posições conservadoras e voltadas para o mercado, impôs constrangimentos à implantação do SUS, limitando a possibilidade de ampliação dos serviços de saúde necessária para garantir a universalização efetiva” (HOCHMAN, 2007, p. 307).

Igualmente em relação a desafios e limites, o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) aponta a questão da equidade como princípio dotado de desafios e conflitos práticos na atenção e gestão da saúde do SUS, ao passo que a atenção e o cuidado que remetem à saúde individual e coletiva é alvo de diversas influências relativas ao processo de organização, gestão e financiamento de recursos e ações, que são diferentes e desiguais nos diversos estratos da sociedade e nas variadas regiões e áreas urbanas, periféricas e rurais.

Neste sentido, segundo afirma CAMPOS (2003), é relevante considerar que a política e a gestão, os modos de financiamento e as experiências bem sucedidas são bons indutores de modelos. A fim de discorrer sobre os desafios e possibilidades, que estão no centro do marco teórico e ético-político da Política em avaliação no decorrer desse texto, cabe expor os seguintes fatores:

➔ As diretrizes do SUS são importantes instrumentos de análise e avaliação de modelos e possíveis mudanças. Essas diretrizes suscitam mudanças na agenda pública brasileira que trazem à tona questões e necessidades antes não discutidas, ou mesmo questões recorrentes que por diversos motivos não são ainda consideradas como alvo de ação;

➔ Os modos de financiamento também são importantes no sentido de repensar formas de distribuição que minimizem dificuldades de municipalização, assim como podem estar condicionadas à organização dos recursos humanos da área de saúde, envolvidos na atenção e na gestão;

O fator descentralização/municipalização é potencial no que tange a resolver desafios que o SUS hoje apresenta e que trouxe necessidades urgentes que são consideradas, inclusive, no processo de formulação da PNH, entre outros programas demandados do Sistema Único de Saúde.

O SUS, enquanto sistema reprodutor de uma concepção reformista construída através do Movimento Sanitário, atravessa desafios complexos, não só concernentes à sua própria delimitação. Ao problematizar esse cenário, adota-se a concepção de PAIM (2009), que considerou “caminhos e descaminhos” da Reforma Sanitária, indicando direções não só do próprios SUS, mas da conjuntura sócio-política e econômica que o país está inserido.

Há caminhos positivos resultantes da Reforma Sanitária, em específico do SUS aqui considerado. Ressalta-se a perspectiva legislativa e jurídica que se alcançou, a partir da Constituição Federal e da operacionalização estrutural do Sistema Único enquanto inserido na Seguridade Social instituída em 1988. O aparato técnico-institucional de caráter social que fundamentou o SUS é, sem dúvida, resultado grande após lutas sociais, como já apontado neste trabalho.

Contudo, há o que PAIM (2009) chama de “descaminhos” nesse SUS e fora dele, no contexto mais amplo e complexo da organização social, política e econômica no qual a saúde coletiva se insere. O autor aponta como principais descaminhos do SUS a reprodução ampliada do modelo hospitalocêntrico (demanda pela procura, não pelas necessidades); a preservação e expansão de campanhas e programas, no sentido de compartilhamento e sistematização de diversos projetos que não conversam entre si; “timidez” nas ações intersetoriais e de intervenção social do processo saúde-doença e altas taxas de maus tratos aos cidadãos, que configuram de modo geral a “desumanização” que a PNH se compromete a enfrentar.

Neste sentido a humanização do SUS preconizada pela PNH é válida e bem fundamentada, pois leva em consideração esses problemas e desafios que estão postos frente à atenção e gestão do Sistema Único de Saúde. Cabe, porém, analisar a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão propriamente dita, bem como a organização de sua engenharia, tendo em vista estes e outros descaminhos, uma vez que o trabalho desenvolvido seguiu uma concepção multideterminada de fatores e aspectos referentes à conjuntura das políticas públicas, que considera questões sociais, culturais e econômicas, representadas nas categorias trabalhadas.

2.3.2 É preciso humanizar o SUS?

Diante do cenário que se configura na saúde, após anos de luta social e política frente às necessidades latentes e aos direitos conquistados e legitimados pela Constituição federal de 1988 e estruturados nesse âmbito a partir do Sistema Único de Saúde – o SUS, a pergunta cerne desse trabalho se faz pertinente: uma vez que se instaurou um sistema com princípios, diretrizes e objetivos sólidos que buscam oferecer e manter a saúde de todos os cidadãos brasileiros, respeitando seus direitos e conquistas, é preciso “humanizar” o SUS?

É fato que, de maneira ampla e além da questão da saúde, a política pública brasileira e todo seu escopo político-econômico e administrativo tem recebido críticas recorrentes no que diz respeito a sua organização e prestação de serviços. A qualidade do atendimento, ou muitas vezes o simples acesso ao mesmo, é ponto central de reclamações dos usuários, familiares e até funcionários, que convergem em matérias e reportagens que a mídia elabora constantemente, tendo sempre em torno setores políticos contrários ao governo em voga que buscam o confronto frente à população.

Em busca de problematizar esse diagnóstico, mas com o específico propósito de analisar especificamente o contexto que envolve a formulação da política considerada, a pesquisa seguiu a direção de investigar e expor os possíveis vácuos que o SUS enfrenta na sua missão de universalizar a saúde ampla e irrestrita de todos os brasileiros, a partir de sua base social já retratada aqui, no sentido de alcançar a verdadeira necessidade da “humanização” representada e desejada pela PNH.

Segundo VIANA;CASTRO apud SOUSA (1996), os principais impasses que o Sistema Único de Saúde enfrenta desde sua instauração e durante toda a década de 1990 dizem respeito à:

- a) Carência de recursos para programas especiais ou para alguns de caráter educativo;
- b) Privilegiamento do setor privado, no pagamento por produção em detrimento do setor público, cuja experiência não se pauta pela lógica dual oferta/produção, cadastramento/faturamento, com a consequente deteriorização de capacidade instalada deste último;
- c) Dificuldade de avaliação das instâncias regionais do Estado, com reforço a práticas clientelísticas e corporativistas uma vez que o repasse de recursos é feito diretamente aos municípios e ao setor privado;
- d) Marginalização da saúde coletiva e preventiva visto que sua operacionalização depende dos recursos orçamentários estaduais e municipais, via de regra, escassos;

- e) Recentralização do sistema, ficando a instância municipal como simples prestadora de serviços;
- f) Reprodução da lógica hospitalocêntrica e de parcelamento das ações de saúde;
- g) Dificuldade de contratação e qualificação dos recursos humanos, considerando os atuais paradigmas salariais.

As dificuldades e críticas listadas são referentes, de maneira geral, à questões de operacionalização e organização orçamentária e política, no que tange aos diferentes níveis de governo e que possuem relação com a forma estrutural delimitada pela Seguridade Social e a fatores organizacionais de recursos humanos e materiais.

Essa realidade que o SUS enfrenta está direta e indiretamente ligada à problemática da saúde enquanto mercadoria e às relações de poder intrínsecas à questão da saúde-doença no Brasil e no mundo. A fragmentação da atenção e da gestão impossibilitam o fornecimento de informações e a qualidade de atendimento que a Constituição Federal imprimiu a partir da instauração do Sistema Único de Saúde e do novo conceito da mesma.

Neste sentido, humanizar o SUS seria humanizar as relações de troca que são naturais do processo de saúde. Fornecer informações, por exemplo, é apenas metade da troca, é preciso receber e oferecer. A divisão do tratamento e a incidência sobre a ação tornam a comunicação médico-doente aleatória, fragmentária e difícil, sem considerar, neste caso, os limites de comunicação entre a própria equipe, devido a questões profissionais, de poder e hierarquia.

De acordo com a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS hoje ainda enfrenta:

- Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
- Fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;
- Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção;
- Sistema público de saúde burocratizado e verticalizado;
- Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;

- Poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Desrespeito aos direitos dos usuários;
- Formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde;
- Controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS;
- Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.

Nos próprios resultados da pesquisa desenvolvida pela equipe formuladora da Política, nesse caso, é nítido o problema administrativo e organizacional já posto. Aspectos de gestão, controle social e organização de práticas e diretrizes do sistema se apresentam como os “nós” da implantação do mesmo.

Como questão crucial da avaliação proposta, cabe apresentar o entendimento que a equipe responsável pela formulação da PNH teve sobre esse diagnóstico e a então ação de formulação da mesma enquanto política pública.

Membro do Grupo de Trabalho organizado pelo Ministério da Saúde para levantar informações e formular política de saúde frente à pesquisa desenvolvida sobre o SUS, BENEVIDES (2005, p. 392) afirma: “se a humanização não pode ser tomada como um princípio, mas se propõe como política, é porque sua efetividade não se faz enquanto proposta geral e abstrata”. A partir dessa concepção, concluiu que a humanização não pode se limitar a um princípio (proposta geral e abstrata que permeia todo o escopo do Sistema Único de Saúde), já que não foi efetivada no decorrer da implantação do SUS.

“Qual o sentido, então, de uma política de humanização que não se confunda com um princípio do SUS, mas que se afirme como política comum e concreta nas práticas de saúde?” (BENEVIDES, 2005, p. 392). A partir desse diagnóstico, o GT do Ministério da Saúde propôs o enfrentamento de um “modus operandi” que, segundo eles, se mostrou fragmentado e fragmentador, marcado pela lógica do especialismo e especificidades de prática em determinadas áreas.

De acordo com BENEVIDES (2005), o propósito de formulação da PNH tem em vista transformar os modos de construir políticas de saúde no Brasil. Entretanto, fazer este movimento de mudança da lógica da racionalidade técnico-burocrática nas práticas de saúde e de compartimentalização/individualização taylorista dos processos de trabalho, “sempre poderá incorrer no risco da defesa de um sentido de humanização

tão amplo que acabaria por se confundir com o que é princípio do SUS” (BENEVIDES, 2005, p. 392).

No sentido de exemplificar esse “risco”, BENEVIDES (2005) aponta críticas que a humanização sofre por quem a entende como apenas reprodução do princípio de integralidade. De acordo com ela e os demais sujeitos formuladores, a integralidade é, de fato, um dos alvos de alcance que o SUS elegeu como cerne dentro do sistema de saúde. Porém, atesta que uma política não deve ser confundida com um princípio e que a humanização como política pública de saúde deve estar efetivando, no concreto das práticas de saúde, os diferentes princípios do SUS. “Uma política se orienta por princípios, mas está comprometida também com modos de fazer, com processos efetivos de transformação e criação de realidade” (BENEVIDES;PASSOS, p. 392).

Portanto, segundo o Ministério da Saúde, humanizar é necessário uma vez que a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS define a humanização como a valorização dos processo de mudança de todos os sujeitos inseridos na produção de saúde e que busca atuar como catalisadora dos movimentos instituintes do SUS, como política transversal e não mais como um simples programa ou princípio a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, podendo, desta forma, seguir uma direção compartilhada através de programas específicos como o “Humanização do Parto”, dentre outros (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

O desafio de humanizar que a PNH propõe é o de redefinir o conceito de humanização a partir de um “reencantamento do concreto” (VARELA, 2003) ou do chamado “SUS que dá certo” (BENEVIDES, 2005).

Logo, o GT do Ministério da Saúde colocou a humanização como incitação a um processo de produção do que denominam “novos territórios existenciais”, e não somente como retomada ou revalorização da imagem do humano. Era dessa humanização que os formuladores da PNH estavam falando quando afirmaram ser necessário e imediata a tentativa de humanizar o SUS a partir de uma política pública.

Como humanizar esse SUS tornou-se então questão relevante na análise desenvolvida a partir da formulação e do desenho da PNH. Uma vez entendida a conjuntura das políticas públicas no país, é fato que questões irrestritas ao cenário do SUS e do setor saúde se colocam como obstáculos teóricos e práticos para o alcance de práticas humanizadas na atenção e gestão. É central o entendimento dessa concepção para expor a avaliação política propriamente dita, que segue exposta no capítulo

seguinte, após uma contextualização da própria agenda pública brasileira e da então entrada da problemática da humanização na pasta da saúde do governo Lula (especificamente no ano de 2003).

3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS: o processo de formulação da política

As origens da PNH, como já introduzido nos capítulos anteriores, se confunde com a história da saúde pública e todo o rol de lutas e posteriores conquistas alcançadas. Confunde-se, desta forma, com a história do SUS e com o contexto histórico em que o mesmo se configurou na década de 1980. Discuti-la é, pois, tratar da própria origem da humanização no contexto da política de saúde.

O objetivo específico desse capítulo, portanto, é o de tomar como alvo de análise a política em sua forma própria, analisando os critérios que a tornaram uma política, e não um programa, ou qualquer outra não-ação frente à problemática em voga. É dizer, de acordo com HEIDEGGER (1977, p.11), “aquilo a partir do qual e através do qual uma coisa é o que é, como é”, e porque é assim e não de outro modo. Logo, falar do processo de formulação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS demanda falar da “genealogia”¹⁰ da questão da humanização e de sua entrada na agenda pública brasileira.

3.1 A Humanização no debate contemporâneo e sua entrada na agenda pública do país

Tanto em nível conceitual quanto prático, o termo humanização não é homogêneo, e sim centro de diversas racionalidades e interesses no que diz respeito à sua efetivação. É com base nesse pressuposto, anterior mesmo ao próprio desenvolvimento da pesquisa histórica e documental, que os diversos fatores e aspectos

¹⁰ Sobre a genealogia enquanto pesquisa histórica, FOUCAULT (2006a) já afirmara que nada mais é que a procura da singularidade de cada acontecimento numa visão não teleológica, contrária a uma unicidade de narrativa e na direção de conhecer memórias locais no sentido de permitir a constituição de um saber histórico e de como utilizar esse saber no contexto atual.

relativos à humanização não são considerados como simples partes de sua história enquanto termo, mas como questões de análise política e social frente à emergência desta enquanto temática alvo de atenção do governo no que se refere à saúde.

Embora VAISTMAN; ANDRADE (2005, p. 610) digam que a “utilização do conceito de “humanização” no campo da saúde é recente, não existindo, ainda grande quantidade de pesquisas sobre o tema”, é possível analisar diversos contextos em que o termo foi considerado, ou até mesmo uma já estruturada conceituação sobre essa temática no âmbito da saúde.

De acordo com a pesquisa que DESLANDES (2005) realizou, o termo “humanização apareceu na literatura brasileira em 1970, período no qual foram encontrados 37 textos que respondiam à procura da palavra-chave “humanização”. Desses textos, provavelmente 28 tratam da “humanização hospitalar”, uma vez que foram “publicados em periódicos de medicina e enfermagem de várias nacionalidades” (DESLANDES, 2005, p.616). Eles foram produzidos a partir dos mais diversos meios: programas políticos, conferências e debates, jornadas, declarações internacionais, leis e diretrizes para a ação na área da saúde. E, aparecem também associados aos mais diferentes interesses, de classe inclusive.

Essa pluralidade de interesses e entendimentos dificulta, até os dias atuais, a compreensão exata do que seja a humanização e de que prática está se falando quando consideramos o contexto da saúde.

Pode-se afirmar que as origens de uma mentalidade voltada para o estabelecimento da “humanização da assistência hospitalar” está associada à discussão que se travou em torno da polêmica da “hospitalização” e da “humanização do parto” ou do “parto humanizado” [*appropriate, gentle birth ou respectfull birth*]. O que a contextualiza no processo mais geral de “medicalização da saúde” e do humanismo do século XX (DINIZ, 2005). Ou mais especificamente, no processo daquilo que ILLICH (1975) chamou de “expropriação da saúde”, quando a “empresa médica” passou a ser a principal responsável pelo “controle social” da saúde.

De acordo com DINIZ (2005), o termo “humanização” já era usado no universo da assistência hospitalar desde o início do século XX, senão por alguém antes, por Fernando Magalhães, médico obstetra, quando se propôs, em 1916, a falar de “parto humanizado”. O sentido original desse termo está em propor um parto no qual a dor possa ser amenizada, o que contrariava a postura da igreja católica à época que pregava a dor do parto como uma forma de expiação e merecimento da parturiente, dívida do

pecado original. Assim, essa “forma simbólica”, nas palavras de THOMPSON (2002), surgiu, sistematicamente, dentro da medicina obstetrícia e da prática da enfermagem junto às pesquisas sobre a qualidade das tecnologias de parto. Ora relacionando-o aos seus significados culturais, ora à experiência da dor. E, da enfermagem atingiu as práticas médicas, as ciências sociais e, por último, as ciências da saúde.

Na metade do século XX o processo de “hospitalização do parto” já estava implantado em vários países do mundo. Contra essa “hospitalização” surgiram vários movimentos a partir da década de 1950. Primeiro os movimentos dos chamados “médicos dissidentes”: movimento pelo parto sem dor, movimento pelo parto sem medo e o movimento pelo parto sem violência (ou método de Lamaze e Leboyer). Paralelo aos “médicos dissidentes”, surgiram, um pouco depois, o movimento hippie pelo parto natural e os movimentos feministas de 1950 a 1970.

A prática desses movimentos despertou o interesse teórico e científico de autores como Caldeyro-Barcia, em 1979, com a hipótese de inadequação do modelo de assistência ao parto da época; Kitzinger, em 1985, com a “abordagem psicossocial do parto”; de Balaskas, em 1996, com a proposta do “parto ativo”, e de Odent, em 2000, com a “redefinição da fisiologia do parto”, entre outros. As ciências sociais também se preocuparam com a questão, uma vez que nessas ciências “(...) iniciativas de questionamento da prática já usavam o termo humanização da assistência, já na década de 1970” (DINIZ, 2005, p. 629).

Dentre esses movimentos, o dos “médicos dissidentes” e o “movimento feminista” foram os que mais influenciaram na “humanização hospitalar”, uma vez que o movimento hippie se propunha a ser uma contracultura também à “hospitalização”. Da junção desses dois, apareceram novas abordagens para a fundamentação do “parto humanizado”: a) saúde da mulher como questão de mulher (1950); b) direito reprodutivo e sexual como direito humano (1960-1970); c) a assistência da mulher baseada em “direitos civis” (DINIZ, 2005).

Em meio a essa luta, alguns eventos internacionais destacavam a necessidade de abrir o debate sobre a “humanização”, em especial na assistência hospitalizada ao parto. O primeiro deles, foi o simpósio *Humanizando o Cuidado em Saúde*, em 1972, na cidade de San Francisco, EUA, que discutiu a junção dos valores humanos com as ciências da saúde. Esse debate começou a tomar forma de experiência concreta em 1978, na cidade de Bogotá, Colômbia, com a criação do “Método Canguru”. A experiência original consistia apenas no enfrentamento da superlotação e infecções

ocorridas nas unidades de terapia intensiva neonatais de Bogotá, mas, posteriormente foi adotado como tecnologia de saúde em muitos países (DINIZ, 2005).

Criou-se, portanto, um paradigma que passou a distinguir os “direitos dos usuários” em “direitos individuais” e “direitos coletivos”. O primeiro conjunto tem mais força e depende de ações individuais; o segundo, depende de escolhas e decisões políticas em cada sociedade, por isso mais difícil e demorado.

No caso brasileiro, a gênese da “humanização”, no seu atual sentido político, deve ser mais diretamente associada aos “profissionais dissidentes”, na década de 1970, que traduziam os anseios e lutas pela “humanização do parto”. DINIZ (2005) apontou o trabalho de Galba de Araújo, no Ceará, e de Moisés Paciornick, no Paraná, como precursores dessa alavancagem. Somam-se a esses dois, ainda citados pela autora, instituições e práticas tais como: o Hospital Pio X, em Goiás; Instituto Aurora, no Rio de Janeiro; grupos de terapia alternativa; Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde; Associação Comunitária Monte Azul, em São Paulo; e, os grupos Curumin e Cais, em Pernambuco.

De 1977 a 1980 algumas reflexões sobre a “humanização da assistência hospitalar” começaram a ganhar força. Nesse período, MEZOMO (1980) propôs a “administração hospitalar voltada para a humanização”. Não se tratava de criar, segundo ele, o “hospital do futuro”, mas o de apontar a “humanização como a condição e o objetivo do hospital de hoje”. Em 1980, na cidade de São Paulo, durante o *I Congresso Brasileiro de Humanização do Hospital e da Saúde*, veio a público a definição de “humanização” do padre Niversindo Cherubin que se tornaria basilar para as definições brasileiras futuras:

Humanizar não é técnica, nenhuma arte e muito menos um artifício, e sim um processo vivencial que permeia toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham, procurando realizá-lo e dando ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares que se encontra em cada momento do hospital (MEZOMO, 1980, p. 02).

No que se refere a essa tentativa de criar uma consciência coletiva a favor da “humanização hospitalar”, é relevante introduzir a participação de LERCH (1982) no decorrer do V Encontro de Dirigentes Hospitalares do Norte-Nordeste, desenvolvido em Fortaleza, no qual sua fala discorreu sobre o possível “desprezo” que a hospitalização recebia à época, em termos de humanização. Em sua tese, LERCH (1982, p. 2) afirmou

que o “sistema hospitalar-empresa-administração” era o prevalecente na lógica operacional de modelos gerenciais, o que sustentava de forma central a urgência de atenção a essa temática no Brasil.

Nesse sentido, LERCH (1982) se posicionou contra o modelo “top-down”¹¹ de humanização, que seria realizada de forma vertical. Para ela, a “humanização” “deve integrar-se num plano contínuo, complexo, permanente e evolutivo em que estão em jogo diversos níveis de responsabilidade que devem ser coordenados” (LERCH, 1982, p.11).

Logo, é fato que a temática da humanização no Brasil não teve em sua base a questão limitada ao parto humanizado, como se observou no contexto internacional a priori. A problemática da gestão e da atenção no âmbito hospitalar foi cerne da preocupação nas discussões de estudiosos, técnicos e formuladores que participaram direta e indiretamente dos encontros e eventos de saúde. Nesse aspecto é importante especificar o ambiente de terapia intensiva como nível hospitalar que demandou atenção no início desse contexto histórico da humanização no país. Em 1985, por exemplo, foi publicado na *Revista Paulista de Enfermagem* um artigo fruto de uma exposição do já então *III Curso de Especialização em Cuidados Intensivos de Enfermagem*, da Escola de Enfermagem da USP, que teve em seu escopo a proposta de discutir e delimitar possibilidades da inserção dessa “humanização” nas unidades de terapia intensiva (uti’s). Os autores destacaram algumas atividades profissionais que poderiam ser associadas à “humanização” (SOUZA; POSSARI; MIGAIAR, 1985): a) privacidade do paciente; b) personalização do atendimento; c) participação do paciente em seu tratamento; d) preparo do mesmo para a cirurgia; e) assistência psico-espiritual e visita de familiares.

Entre as razões do direcionamento da atenção ao contexto de terapia intensiva encontra-se a limitação que os pacientes internados apresentam e a “ausência de valorização do aspecto emocional do ser humano nesse ambiente específico” (SOUZA; POSSARI; MIGAIAR, 1985, p.77). Essa “humanização” preconizava a dimensão afetiva (realizada no cuidado), física (realizada na estrutura dessas unidades), participativa interna (realizada no trabalho multidisciplinar), participativa externa

¹¹ Esse foi o primeiro modelo para explicar implementação de políticas. A mais expressiva obra é a de Pressman e Wildavsky (1973). Ao analisarem um determinado programa esses autores se preocuparam com o fato de que embora usualmente discutido, os problemas relacionados com implementação de políticas/programas eram raramente analisados.

(realizada com as visitas e o contato profissional-família) que levam a inserção do cuidado na dimensão existencial do usuário e sua família.

Na década de 1990, ao mesmo tempo que o discurso sobre a “humanização do ambiente hospitalar” se cristalizava, começavam também a aparecer discursos sobre a “humanização” em nível de serviços. Foi somente nessa época que o discurso sobre a “humanização do parto” e do cuidado com o recém-nascido passou a ganhar maior destaque como política estatal e “discurso oficial” no Brasil. No ano de 1992, quando começou a ser implantado no Brasil o “Método Canguru” em unidades hospitalares, as lutas para humanizar essa assistência a recém-nascidos e crianças se intensificaram, com influência da “pediatria do desenvolvimento” e de programas internacionais de cuidado e assistência do parto. Em dezembro de 1999 o “Método Canguru” já estava totalmente regularizado no Brasil, por meio da *Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso – Método Canguru*, através da Portaria Ministerial do MS n.693 de 05/07/2000 (SOUZA; POSSARI; MIGAIAR, 1985).

Com a retomada da ideologia do “parto humanizado”, cresceram os movimentos nacionais para a “humanização hospitalar”. Em 1993, na cidade de Campinas-SP, foi fundada a *Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento* (Rehuna), que denunciou as condições de assistência ao parto nas unidades de saúde e defendia a “assistência humanizada” ao parto e nascimento. No ano seguinte, em 1994, no Rio de Janeiro-RJ, surgiu a primeira maternidade pública que se autodefiniu como “humanizada”: a Maternidade Leila Diniz.

É nítida a importância da “humanização do parto” como ação norteadora dessa temática no país, fato este que sustenta sua influência significativa para a eclosão da humanização na agenda pública que delimitou-se com a formulação da PNH. Porém, o discurso ampliou-se a partir da simbologia do termo “humanização” e das possibilidades de alternativas e ações efetivas de cuidado e atenção em todos os níveis da saúde.

O termo “humanização” passou também a ser foco de atenção política e jurídica, uma vez que foi considerado na Cartilha dos Direitos do Paciente, na qual foram redigidos 35 itens referentes ao tema a partir da *Declaração Universal dos Direitos Humanos e do Código de Ética do Conselho Federal de Medicina*. Essa cartilha serviu de base para a promulgação da lei n.10.241, de 17 de março de 1999, sobre os direitos dos usuários dos serviços e ações de saúde no Estado de São Paulo. Assim, no limiar do

milênio já havia um conjunto de discursos e lutas em torno da questão da “humanização na gestão e na assistência da saúde” (FORTES; MARTINS, 2000).

Sobre isso os autores discorreram como estabelecimento de um ponto inicial de consenso que estava em formação à respeito da necessidade de atenção holística ao indivíduo doente, com ações efetivas de cuidado na atenção à saúde.

Desse modo, as “lutas sociais” por um “atendimento com qualidade”, interpretado posteriormente como “humanizado”, que tiveram como principais atores as organizações dos idosos, portadores de HIV e de distúrbios mentais e os movimentos feministas por um “parto mais humanizado” é assumida pela OMS, e indicada à “agenda política” dos mais diferentes países.

O Programa *Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde* (PNHSS), lançado em 2000, teve como proposta a redução das dificuldades encontradas durante o tratamento, bem como, o estímulo à comunicação entre a equipe de profissionais de saúde e o usuário, incluindo sua família. E, no ano seguinte, foi a vez do *Programa de Humanização da Assistência Hospitalar* (PNHAH), que configurou-se como introdutório à Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH).

Percebe-se, portanto, que as causas políticas que aceleraram a elaboração dessa política estão associadas ao processo de discussão por direitos na assistência à saúde e à luta pela garantia dos “direitos sociais” em geral, através do processo que levou à *Constituição Federal de 1988* e que dela decorre.

Na perspectiva dessa contextualização da humanização na agenda pública, faz-se então, deste, momento propício para introduzir o discurso oficial referente à formulação da PNH. O “discurso oficial” prega que a razão do surgimento da PNH, desde quando era apenas o *Programa Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde* (PNHSS), foi fruto de uma pesquisa de satisfação com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), feita pelo Ministério da Saúde (MS), na qual se verificou que o avanço científico e tecnológico não vinha sendo acompanhado por um atendimento humanizado. Nessa ótica, segundo GHELLERE (2004, p. 202), o objetivo do MS é afirmado oficialmente, através da criação desses programas, como o de “estabelecer condições de melhorias do contato pessoal entre os pacientes, para que sejam atendidos de forma humana e solidária”.

A história completa narra que o então ministro José Serra encomendou uma pesquisa, sobre o SUS, para mensurar o grau de satisfação dos usuários. Ao tomar conhecimento de que a principal queixa era a de maus tratos no atendimento em

hospitais, ele convocou um *Grupo de Trabalho* (GT) com a incumbência de “elaborar uma proposta de trabalho para a humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde” (GHELLERE, 2004, p.204). Essa pesquisa foi realizada em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e mostrou que as queixas mais freqüentes entre os usuários do SUS eram: a) as filas nas emergências dos hospitais; b) o longo tempo de espera para a realização de exames e cirurgias; c) a incapacidade das unidades de saúde de acolherem os pacientes (BRASIL, 2004).

O Grupo de Trabalho chegou à conclusão de que a saída passava por aquilo que se convencionou chamar de “humanização hospitalar”. Para tanto, apresentou em 24 de maio de 2000, a proposta de um *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar* (PNHAH). O próprio MS se responsabilizaria por sua implantação, coordenação e supervisão, o que culminou na decisão da aplicação de um projeto-piloto em dez hospitais no país, previamente escolhidos.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, então um projeto, foi então construída a partir de um referencial teórico e político delimitados. É fato que o Estado, representado pelo governo atuante, é o detentor do poder de escolha do alvo específico de ação nesse contexto. Nesse sentido, entra em cena a análise desse momento crucial no tocante à elaboração de uma política estruturalmente formulada para determinado fim.

3.2 Referencial ético-político, princípios norteadores e os sujeitos responsáveis pela formulação

No intuito de conferir clareza à exposição da análise acerca da política propriamente dita, tendo como foco seu referencial ético-político, seus princípios norteadores e os sujeitos participantes desse processo de formulação e desenho da mesma, fez-se como escolha iniciar esse subitem elencando os sujeitos responsáveis por sua formulação, considerando seu lugar, suas atribuições e interesses frente ao contexto.

Como já relatado na introdução da dissertação e aprofundado no item anterior, que versou sobre a genealogia do termo humanização e sua entrada na agenda pública, essa problemática vem sendo introduzida de maneira gradual e com focos diversos no campo da saúde do país. A ação do governo frente à humanização se estabeleceu com a aprovação da PNH em 2003, após conferências, encontros e debates à respeito do tema

e de outras questões relacionadas à assistência e à gestão da saúde brasileira e internacional.

Em 2003, o governo, através do Ministério da Saúde, convocou um Grupo de Trabalho para atuar, através da Secretaria Executiva, na construção de uma ação efetiva frente às condições e limitações no âmbito do SUS. Regina Benevides, psicóloga e professora da Universidade federal Fluminense, foi integrada à Secretaria Executiva como “diretora de programa” da mesma, e teve a função de coordenar a Política de Nacional Humanização da Atenção e Gestão do SUS, instaurada oficialmente em 2004, enquanto que Eduardo Passos integrou a equipe na função de consultor.

Entende-se que Benevides e Passos são os sujeitos principais em meio à formulação da política, juntamente a todo o órgão do Ministério da Saúde e demais funcionários da Secretaria Executiva do mesmo, em níveis diversos. Benevides e Passos, inclusive, ampliaram seu lugar de técnicos da área a partir do momento em que, na direção acadêmica de pesquisadores e autores de trabalhos, divulgaram mais de um artigo sobre a questão da humanização e os debates concernentes ao tema no decorrer e após o processo de formulação da PNH.

Benevides e Passos (2005) afirmam estarem, desde o momento anterior à formulação da política, a favor de discutir e ampliar a problemática da humanização na saúde brasileira, o que, imediatamente, se refere ao Sistema Único de Saúde que, desde 1988, como visto e analisado, está instaurado como norteador das práticas de saúde no Brasil. Segundo eles, os debates foram diversos e intensos em meio à equipe e todo o arsenal de técnicos, burocratas e executores políticos do governo acerca do que se entende por humanização e da maneira como tal questão poderia ser trabalhada em uma política ou programa em nível nacional.

Segundo Benevides (2005), os debates giravam em torno de concepções diferentes sobre a humanização, fator este que demandou, antes de qualquer elaboração escrita, a análise e reavaliação de conceitos implicados no “humanizar”, bem como a necessidade de determinar a concepção e o referencial que a PNH teria como base, analisados no capítulo seguinte.

3.2.1 Avaliando o marco teórico-político e as referências ético-políticas da PNH

Através de leitura e pesquisa de artigos e produções dos sujeitos formuladores da Política Nacional de Humanização e Gestão do SUS, foi possível ter acesso ao referencial ético-político que embasou todo o processo de formulação e engenharia da PNH, o qual é disposto nesse subitem, no sentido de apoiar a avaliação política desenvolvida neste e no próximo capítulo.

BENEVIDES e PASSOS (2005) consideram relevante a contextualização da temática da humanização, bem como a relação de sua contextualização histórica com as formas do Estado moderno. Nesse sentido, os técnicos formuladores da PNH trabalharam com a análise do poder de Michel Foucault como referência para embasar e construir a política em questão. Ao delimitar os anos de 1970 como cruciais no que tange à mudanças políticas que introduziram concepções novas de poder e governamentalidade, presentes na obra de Foucault, os autores consideraram como relevantes em sua concepção as conferências que o último proferiu na PUC do Rio de Janeiro, em 1973, através das quais as teses genealógicas do livro “Vigiar e Punir”, de 1975, foram introduzidas.

Essa fase do pensamento foucaultiano, conhecida como período genealógico, caracteriza-se, sobretudo, por um método de *acomplamento do conhecimento com as memórias locais, que permite a constituição de um saber histórico das lutas e a utilização deste saber nas táticas atuais* (Foucault, 1979a). São, antes de tudo, anticiências no dizer de Foucault, insurreição dos saberes contra "os efeitos de poder centralizadores que estão ligados à instituição". Para ele, a questão de todas as genealogias é a do poder: quais seus mecanismos, efeitos, relações e dispositivos que se exercem nos diferentes domínios da sociedade e com extensões tão variadas (BRASIL, 2005, p. 4).

É seguindo esse referencial que BENEVIDES e PASSOS (2005) reforçam a posição do Estado no processo das políticas públicas, em especial no que se refere à formulação de uma política frente a determinada problemática introduzida à agenda. Nesta direção que os formuladores da PNH organizam o pensamento frente à relação do Estado moderno com a concepção de humanização que participa das bases da PNH.

Sendo assim, a PNH tem em seu referencial a tese de FOUCAULT (1979) de que organização da política enquanto campo não tem a máquina do Estado como centro do processo, da qual os projetos, políticas e programas se constituem, mas repensa a partir do conceito do qual o autor em voga subverteu esta série tradicional que coloca o

Estado como o *locus* de emanção do poder: trata-se do conceito de *governamentalidade* (BENEVIDES;PASSOS, 2005).

Nessa concepção, o que se faz pontual é a dimensão política do governo, como dimensão relativa ao Estado, uma vez que sua tese veio para deslocar o entedimento do Estado como central para o da idéia de “dispersão do poder” no âmbito da governamentalidade. Segundo os sujeitos formuladores que apontam esse referencial, o que FOUCAULT (1979) indicou foi a transposição do poder na modernidade, quanto ao alvo e à forma de operacionalização. Governar a nação, a família e a si mesmo são, doravante, exercícios que se realizam num mesmo plano de imanência do poder, de tal maneira que não há mais aquela distância entre quem exerce o poder e quem o sofre. A imanência desse plano na modernidade faz com que os termos ativo e passivo se distingam, mas não mais se separem, compondo um regime de poder cuja palavra de ordem se enuncia numa voz reflexiva: governa-se, governe-se. O poder assujeita na justa medida em que subjetiva. Assujeitar e subjetivar são, portanto, ações distintas porém inseparáveis no exercício do poder na modernidade (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

De acordo com os autores, FOUCAULT (1979) destaca a existência de três tipos de governo: o governo de si (domínio da moral), a arte de governar uma família ou a população (domínio da economia), e a ciência de bem governar o Estado (domínio da política). O referencial exposto pelos formuladores então se relaciona à afirmação de FOUCAULT (1979) de que "aquele que quer poder governar o Estado deve primeiro saber se governar, governar sua família, seus bens, seu patrimônio”, pois quando o Estado é bem governado, os pais de família sabem como governar suas famílias, seus bens, seu patrimônio, o que caracteriza o comportamento dos indivíduos na sociedade (FOUCAULT, 1979).

Para BENEVIDES e PASSOS (2005), portanto, o Estado não é mais central no que tange ao poder, mas sim um dos sujeitos da constituição da governamentalidade, indicada por FOUCAULT (1979). Nesse entendimento, a série considerada parte não do Estado, como foco de poder, mas sim do governo, tendo no Estado referência para a prática de governar e formular políticas públicas: governo-Estado-política pública.

A partir desse claro e pontual referencial teórico e político, cabe a avaliação da política como conjunto de alternativas frente a todo o contexto já delineado, bem como de sua engenharia enquanto proposta a ser seguida.

A PNH se propôs a operar neste limite entre a máquina do Estado e o plano coletivo, apostando que na série governo-Estado-políticas públicas, é este último termo que deve prevalecer na orientação das ações governamentais. A nosso ver, alterações da experiência coletiva é que podem gerar políticas públicas malgrado o movimento de interiorização da máquina de Estado. Na série governo-Estado-políticas públicas é o que se produz no plano do coletivo que garante o sentido público das políticas que também atravessam o Estado (BENEVIDES:PASSOS, 2005, p. 7).

Os autores afirmam que havia tensões entre as concepções no próprio Grupo de Trabalho organizado pelo MS, o que corrobora a tese de que esse tema abre possibilidades diversas no que se refere ao termo que o determina e as possíveis ações de humanização.

As tensões no decorrer de todo o processo de formulação da política, desde a entrada do tema na agenda até o desenho estruturado da PNH, demonstravam interesses e interpretações diversas acerca da questão. De acordo com os sujeitos formuladores aqui considerados, havia interesses que prezavam os focos e resultados dos programas, enquanto outros se preocupavam com os processos de produção de saúde e sujeitos, no sentido da reestruturação de modos de atenção e gestão.

No sentido de enfrentar essas tensões e seguir a direção de efetivar os princípios do SUS que não demonstravam efetividade e implementação na assistência à saúde dos brasileiros, os sujeitos formuladores afirmam que seus passos foram delineados a partir do diagnóstico emergente da pesquisa encomendada pelo MS. Apesar de não divulgada, a pesquisa é citada, como discutido anteriormente, no discurso oficial da PNH, sendo esta instrumento originário da demanda afirmada pelo Ministério da Saúde.

Neste sentido, BENEVIDES e PASSOS (2005) apontam dois cerne principais na formulação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: a banalização do tema humanização, com base inclusive na concepção limitada de práticas humanizadas como referentes à filantropia, ao paternalismo e à práticas religiosas, de maneira pontual e limitada, bem como a questão da fragmentação de ações humanizadoras no campo da saúde, interpretada por eles como verticalizada dentro do próprio MS e do SUS como um todo, uma vez que eram representadas por programas sem integração e estruturação.

É neste sentido que a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção do SUS teve como fundamento ético-político a própria “tradução dos princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todos que constituem o SUS” (BENEVIDES;PASSOS, 2005). O referencial é assumido a partir da concepção de fazer saúde de modo coletivo e apoiada na co-gestão, tendo em vista a produção da saúde e dos sujeitos implicados nessa ação. Ao citar CAMPOS (2000), os sujeitos formuladores consideraram como justificativa relevante pela formulação dessa política a busca pela alteração do padrão de atenção da saúde brasileira no sentido da ênfase no vínculo com os usuários, protagonismo dos “atores” do sistema e da garantia de melhores condições para os trabalhadores e gestores da área.

É válida a motivação relacionada à banalização do termo, uma vez que as iniciativas, de forma geral, têm se apresentado e sido interpretadas como filantropia e ações voluntárias, originadas, muitas vezes, de organizações não-governamentais. Contudo, em que pese tal aspecto, acredita-se ser pertinente uma estrutura fundamentada de diretrizes frente ao diagnóstico em voga que a política pretende transformar. Por se tratar de toda uma concepção de saúde, cuidado, assistência e outros conceitos e práticas, o intuito da PNH, bem como sua própria nomeação, demanda estrutura complexa e organizada para que a humanização se faça consolidada na sociedade. Primeiro, como termo devidamente compreendido, segundo, com um rol de objetivos e metas coerentes com suas ações.

No marco teórico-político estruturado em seu documento oficial, os formuladores da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS afirmam considerar as duas últimas décadas (1980 e 1990) como espaço temporal de avanços no campo da saúde pública brasileira, entretanto, colocam em pauta a contradição entre esse contexto de avanços legítimos e “problemas de diversas ordens”, que convivem no campo da saúde. A política considera apontar avanços no âmbito da descentralização e da regionalização e demarca fragmentação e verticalização nos processos de trabalho como os pontos de dificuldades e limitações no que se refere à atenção e à gestão da saúde.

No que tange a essa problemática posta como cerne em seu referencial, a PNH coloca como obstáculo para o andamento das práticas de saúde o “baixo investimento na qualificação dos trabalhadores”, reforçado pela ausência de dispositivos

significativos no fomento à co-gestão, à valorização e à inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de saúde.

Segundo o documento, esse panorama apresenta características de gestão e atenção baseados na relação queixa-conduta, que de acordo com o entendimento dos formuladores fortalece o olhar sobre a doença e não sobre o indivíduo, preocupação destes na produção de saúde no Brasil. A partir dessa compreensão do quadro de saúde após a instauração e implantação do Sistema Único de Saúde em todo território nacional, a formulação da PNH é justificada pela preocupação ético-política de colocar em debate os modelos de gestão e atenção, modelos de formação profissional e os modos de controle social em exercício, uma vez que entende esses fatores como “necessários e urgentes”, no que diz respeito à garantia dos direitos à saúde já legitimados.

Para os sujeitos que formularam a PNH, falar de saúde pública ou de saúde coletiva implica, necessariamente, falar do protagonismo e da autonomia dos sujeitos que demandam os serviços e práticas de saúde, sejam usuários, sejam funcionários e trabalhadores que participam de forma direta ou indireta desse ambiente. A PNH gira em torno da noção de que a base cidadã e de garantia de direitos instituída pelo SUS só se sustenta frente ao processo de produção de saúde e de “subjetividades protagonistas e autônomas” que devem estar articuladas no processo que a política propõe. A partir desse contexto que a recolocação na agenda do tema da humanização é preponderante, segundo os formuladores da PNH, no sentido de “reativar” o movimento do SUS.

Contudo, qual seria o significado desse termo “humanização” como título de política de âmbito nacional e direcionada à atenção e gestão? No próprio documento da política¹² os seus formuladores tentam responder tendo em vista a concepção de produção de saúde e sujeitos como base dessa humanização.

¹² E por que falar em humanização quando as relações estabelecidas no processo de cuidado em saúde se dão entre humanos? Estaríamos com esse conceito querendo apenas “tornar mais humana a relação com o usuário”, dando pequenos retoques nos serviços, mas deixando intocadas as condições de produção do processo de trabalho em saúde?

Devemos tomar cuidado para não banalizar o que a proposição de uma Política de Humanização traz ao campo da saúde, já que as iniciativas se apresentam, em geral, de modo vago e associados a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade, um “favor”, portanto, e não um direito à saúde. Além de tudo, o “alvo” dessas ações é, grande parte das vezes, o usuário do sistema, que, em razão desse olhar, permanece como um objeto de intervenção do saber profissional. Raras vezes o trabalhador é incluído e, mesmo quando o é, fica como alguém que “também é ser humano” e merece “ganhar alguma atenção dos gestores”.

Tematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os

BENEVIDES e PASSOS (2005) afirmaram que a PNH, tendo em vista esse cerne referencial, representa uma “estratégia de interferência no processo de produção de saúde”, na busca de transformar e qualificar as práticas de saúde. Uma vez que a avaliação política dispõe de julgamento acerca dos critérios e princípios adotados por determinada política ou programa frente à realidade que se busca enfrentar, entende-se tal aspecto como ponto de análise principal, tendo em vista esse conjunto de alternativas como estratégia que visa interferir, por meio de princípios, diretrizes e prioridades específicas, no processo de produção de saúde no Brasil.

A PNH utiliza-se, portanto, da humanização como conceito-chave de uma nova produção de saúde e sujeitos, como “dimensão fundamental” que deve operar transversalmente por todo o SUS, fato este que aponta tal concepção como ausente do Sistema Único instaurado em 1988. A partir dessa entendimento, os sujeitos formuladores adotaram a “humanização” como representação de um conjunto transversal e padronizado de princípios e diretrizes de ações nos serviços e práticas de saúde, que envolve todo o Sistema Único de Saúde.

Investíamos na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, retomando a perspectiva de rede descentralizada e co-responsável que está na base do SUS. Uma rede comprometida com a defesa da vida, rede humanizada porque construindo permanente e solidariamente laços de cidadania (BENEVIDES;PASSOS, 2005, p. 3).

Ao considerar essa concepção de estratégia de interferência no campo da saúde, a partir do SUS, a PNH apresenta-se como meio para alcançar a qualificação das práticas de saúde: acesso com acolhimento¹³; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo¹⁴; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo.

avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004a).

¹³ Funciona ao mesmo tempo como dispositivo e arranjo institucional, que exige mudança de postura em todo o sistema de saúde, para receber os casos e responsabilizar-se de modo integral por eles. Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos como a população busca ajuda nos serviços de saúde. Além dessa concepção mais ampliada e que deve orientar a gestão de todo o SUS, utilizaremos também em sentido mais restrito: uma ação tecno-assistencial que utiliza parâmetros técnicos, éticos e humanitários, que garante acesso e qualifica a recepção na porta de urgência e emergência do hospital (BRASIL, 2004a).

¹⁴ Na rede psicossocial, compartilhamos experiências e estabelecemos relações mediadas por instâncias. No caso da instância instituição de saúde, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo seres humanos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e

Trata-se, então, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo (BRASIL, 2004, p. 8).

Tendo em vista essa concepção, a própria redação do documento define como pressuposto “mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho” (BRASIL, 2004a, p. 7). Através de princípios e diretrizes estruturados, a política pretende efetuar essa mudança em nível de interferência no modelo de atenção e gestão na saúde.

Levar em conta as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde constitui a política em ações materiais e concretas. Tais ações políticas têm a capacidade de transformar e garantir direitos, constituir novos sentidos, colocando-se, assim, a importância e o desafio de se estar, constantemente, construindo e ampliando os espaços da troca, para que possamos caminhar na direção do SUS que queremos (BRASIL, 2004a, p. 8).

A maior proposta da PNH não é, portanto, enfrentar o desumano, mas lidar com a complexidade do humano: suas incertezas, imprevisibilidades, imponderabilidades e intempestividades, não apenas propondo uma discussão filosófica, mas considerando sua materialidade e concretude, buscando novas formas de manejo, novos modos de trabalhar e de produzir co-responsabilidades entre os sujeitos para o cotidiano das práticas no Sistema Único de Saúde.

Como método, caminho, modo de fazer, foi adotado o da tríplice inclusão: de sujeitos, de analisadores sociais e dos coletivos. O primeiro diz respeito, já, a uma nova relação com o outro. O segundo produz-se a partir do primeiro, com abertura para outros caminhos, outras práticas. O terceiro inclui movimentos sociais e novas formas de validação do outro através do campo cultural, enriquecendo as experiências dos atores, valorizando e modificando modos de viver. No geral, quer-se destacar a relação do profissional de saúde com aquele que é cuidado, considerando todas estas dimensões.

Portanto, o texto de apresentação da PNH deixa clara a intenção principal de produzir um novo modelo de atenção e gestão de saúde no país, com integração e

expectativas diferentes, onde um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Deste modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos (BRASI, 2004).

vínculo como cernes relevantes e básicos das relações entre os diferentes sujeitos que constituem e se beneficiam do Sistema Único de Saúde. Em busca de determinado fim, a política foi desenhada com diretrizes e estratégias que visam alcançar a qualificação da atenção e da gestão através da “construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde” (BRASIL, 2004a, p. 8).

O referencial da PNH assume então essa perspectiva humanizadora como eixo que deve operar em todo o SUS, com ênfase em todas as práticas e serviços nos aspectos sociais e subjetivos presentes no campo da saúde, com valorização de cada sujeito presente em seu contexto.

Em vias de seguir os princípios do SUS, a política retorna à questão da integração e articulação de diversos sujeitos e serviços, no sentido de reforçar a noção de “rede” conectada que o SUS introduziu.

Neste sentido a PNH corrobora a concepção de conectividade e troca entre os sujeitos, já estimulada através do Sistema Único de Saúde, tendo em vista disseminar essa produção de saúde a todos os sujeitos que fazem parte, de alguma forma, do sistema: gestores, trabalhadores e técnicos de saúde, usuários, familiares e demais funcionários de serviços e instituições. Uma vez levantada a questão da humanização como eixo norteador, a política busca introduzir sua concepção em meio à rede já delineada pelo SUS, tendo como foco a especificidade e subjetividade de cada sujeito, porém considerando que cada um é parte de um sujeito coletivo.

De forma mais contundente, então, a PNH assume seu caráter social-democrata ainda na redação de seu marco teórico-político:

Num momento em que o país assume clara direção em prol de políticas comprometidas com a melhoria das condições de vida da população, as políticas de saúde devem contribuir realizando sua tarefa primária de produção de saúde e de sujeitos, de modo sintonizado com o combate à fome, à miséria social e na luta pela garantia dos princípios éticos no trato com a vida humana (BRASIL, 2004a, p. 9).

Uma vez considerado o viés político do referencial que apresenta, o qual caminha na mesma direção do SUS de garantia sociais de direitos e condições, democratização e participação social, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS pretende padronizar práticas e serviços dignos para os sujeitos

relacionados ao âmbito da saúde, no sentido de avançar na qualificação da assistência e da gestão.

3.2.2 Princípios norteadores da PNH

. É então momento pertinente de expor e traçar uma análise dos princípios norteadores que a PNH delimitou para favorecer e acompanhar esse processo de qualificação na produção de saúde e de sujeitos que é central na sua formulação enquanto política nacional:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização;
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade¹⁵;
4. Atuação em rede com alta conectividade de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS;
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços de gestão na construção de autonomia e protagonismo¹⁶ de sujeitos e coletivos.

(BRASIL, 2004a, p. 9).

Ao considerar todo esse quadro referencial e o elenco de princípios que devem nortear todas as suas estratégias e marcas, a PNH tem uma proposta interessante uma vez que aponta a produção de vínculos entre os sujeitos como central, não só para que estes constituam-se enquanto tais, mas para que seja haja vínculo no espaço de produção

¹⁵ Experiência que não se reduz a um conjunto de indivíduos nem tampouco pode ser tomada como uma unidade ou identidade imutável. É um coletivo ou uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares etc) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexão na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade se realiza.

¹⁶ É a idéia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupa lugar central nos acontecimentos. No processo de produção da saúde (configura a produção de saúde e produção de subjetividade), diz respeito ao papel de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde.

de saúde. É a partir desse entendimento que, cabe analisar, seus formuladores concebem ser possível a produção de saúde e de sujeitos dentro dessa concepção de saúde.

Além disso, a PNH retoma a discussão do papel das diferentes tecnologias no processo de produção de saúde e marca o lugar da relação profissional-gestor-usuário, baseada na escuta e nos processos coletivos de gestão, em busca de atingir este objetivo.

É nesse contexto que procura-se introduzir a questão que colocam Benevides e Passos (2005, p. 20) quando assumem que a idéia da PNH direciona-se ao “re-encantamento do concreto”:

Sim, a humanização é um conceito-experiência, um conceito-princípio, um conceito-síntese. É só pelo “re-encantamento do concreto” que o conceito de humanização deixa o domínio abstrato dos princípios para se atualizar como política pública agindo nos e pelos coletivos.

Dentre as “novidades”, propõe-se considerar as questões sociais que dificultam o “cuidado de si” – lembrando que o cuidado dispensado a um dado paciente não pode estar dissociado de sua história e de sua rede de suporte, na qual o cuidador se apóia para a definição do cuidado. Desta forma, a inclusão do paciente inclui o cuidador. A inseparabilidade entre clínica e política, assim experimentada, implica a reinvenção da concepção de produção de saúde e o efeito/consequência da nova prática torna-se um catalisador das práticas sociais.

Essa noção de “cuidado” tende a equacionar o seu sentido com o de “acolhimento” ou de “cultura do respeito” ou ainda “valoração humana”, sem muita especificação do que significa essa equação. Em sendo assim, associa-se a “humanização hospitalar” com a “tentativa de enfrentar os problemas relativos à má qualidade nas várias áreas do atendimento hospitalar, voltando-se para as necessidades de usuários e profissionais” (DESLANDES, 2005, p.610).

Todo esse cenário, entretanto, demanda uma engenharia bem articulada de diretrizes, estratégias e marcas a serem atingidas. Logo, cabe expor, de maneira específica e com caráter de julgamento que a avaliação política considera, a estrutura da PNH, frente ao contexto histórico no qual esta se configurou e aos critérios de escolha e concepções adotados por ela no decorrer do seu processo de formulação, aspectos expostos nos capítulos anteriores por meio da análise de documentos, bibliografia e informações dos próprios formuladores.

Antes de seguir a abordagem da engenharia da política e seguir a avaliação das diretrizes, marcas e estratégias construídas perante esse esforço, é importante compreender os conceitos introduzidos pelos sujeitos formuladores frente a essas atitudes estipuladas como representação do projeto de produção de saúde e sujeitos que a PNH demarca. A Política delimita de tal forma o entendimento do que seriam essas atitudes ético-estético-políticas:

Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na pólis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz (BRASIL, 2004a, p. 8).

No capítulo seguinte, então, apresenta-se a avaliação de sua engenharia, a partir da análise da coerência e pertinência de suas “diretrizes”, “marcas”, princípios e objetivos propostos no documento que a apresenta, bem como os conceitos considerados por seus formuladores como norteadores das ações e práticas nesse contexto de produção de saúde e sujeitos.

4 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: a engenharia da política

No presente capítulo procurou-se desenvolver uma análise entre os elementos constitutivos da estrutura da política e o referencial tomado como base de todo seu processo de configuração como política pública.

Além do marco teórico e dos princípios básicos norteadores, o desenho da PNH consta de cinco itens, que permitem que se tenha uma visualização da arquitetura político-institucional organizada para responder à demanda por ações de caráter humanizado.

O primeiro item diz respeito às prioridades demarcadas como marcas principais de ação da política. O segundo apresenta estratégias gerais que seguem a direção da institucionalização, da difusão e a apropriação dos resultados da implementação da PNH pela sociedade. O terceiro item discorre sobre as orientações estratégicas de implementação, enquanto que o quarto e quinto itens são compostos de diretrizes gerais

e específicas, de acordo com os “níveis de atenção” considerados pelos técnicos formuladores, sendo estes elementos cruciais para a possível implementação das ações propostas, os quais são desenhados mediante os critérios e fundamentos que embasaram a formulação da mesma. A coerência entre os elementos e a pertinência do conteúdo frente à seus cerne e referências principais é a questão central e específica trazida neste último capítulo.

Neste sentido, buscou-se apontar possíveis “nós” que fogem ao referencial ou ao elenco de princípios norteadores, a partir de análise da coerência interna do documento da política com relação aos princípios norteadores e aos critérios e elementos considerados em seu referencial e marco teórico como cerne para formulação da mesma, bem como fatores que impossibilitem a efetiva implementação das ações de humanização delimitadas frente à realidade.

4.1 Prioridades estabelecidas

O documento afirma, após a exposição de seus princípios¹⁷, que a PNH deverá consolidar ações específicas e prioritárias em sua implementação. Essas quatro marcas estabelecidas como prioridades consideram a redução de filas e do tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; o conhecimento por parte de “todo usuário do SUS” sobre quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e responsabilização, por parte dos serviços de saúde, de sua referência territorial; a garantia de informações ao usuário, por parte das unidades de saúde, à respeito do acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e dos direitos do código dos usuários do SUS e a garantia, através das unidades de saúde, de gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

A partir das prioridades elencadas como “marcas” centrais de direção da PNH, é urgente considerar o conteúdo do SUS como comparativo. Em seu capítulo II, no qual foram apresentados princípios e diretrizes, o Sistema Único de Saúde se propõe a garantir, além da universalidade e integralidade da assistência, a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral”; o “direito à

¹⁷ Elencados no capítulo anterior (ver página 69).

informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde” e a “divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário”. Logo, entende-se que o SUS, enquanto sistema organizador e estruturante dos serviços de saúde em âmbito nacional, instaurou como princípio básico tais prioridades elencadas pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS como marcas centrais de consolidação através de sua implementação.

Portanto, a segunda e a terceira marcas estabelecidas como “prioridades” da política aqui avaliada, repetem **princípios** elencados e demarcados pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990), uma vez que esse sistema público de saúde trouxe em seu escopo a ampliação do conceito de saúde, amparada pela noção de “bem-estar físico, mental e social” e a legitimação da saúde como direito social e demarcando a responsabilização do Estado em prover as “condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990).

A Lei 8.080 de 1990, que instaurou o Sistema Único de Saúde, também demarcou como princípio a “capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência”. A PNH, por sua vez, ao elencar como prioridade reduzir as filas e o tempo de espera, ampliar o acesso e atendimento acolhedor e **resolutivo**, indicando a base em critérios de risco, sinaliza que a capacidade de resolução de serviços ainda não foi alcançada, inclusive quando estrutura diretrizes e estratégias específicas para cada nível de atenção, como dispõe-se na análise a seguir.

4.2 Estratégias Gerais

No elenco de suas “estratégias gerais”, a PNH introduz o eixo institucional do SUS e afirma que pretende que seu rol de princípios e ações faça parte dos planos estaduais e municipais dos vários governos, o que demanda aprovação dos gestores e conselhos de saúde correspondentes quanto a seu documento.

A primeira estratégia geral desenhada aponta a questão conjuntural da forma de gestão política adotada a partir da Constituição, com a instauração do SUS. Neste sentido, a PNH organiza suas ações “respeitando” a orientação descentralizadora do setor de saúde, que se institucionalizou através da Lei n. 8.080 de setembro de 1990. Nela, foi atribuída à direção municipal do SUS a competência de “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações de saúde, e gerir e executar os serviços de saúde”, além de participar do “planejamento, programação e organização da rede regionalizada e

hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com sua direção estadual” (Artigo 18, I e II).

O propósito dos formuladores da PNH é que a humanização seja considerada pelos planos estaduais e municipais, o que demanda vontade política e atenção frente à problemática da saúde. É importante compreender e analisar esse panorama a partir da revisão das Normas Operacionais Básicas, que organizaram e apontaram mudanças na organização da gestão direta e descentralizada por planos estaduais e municipais, com autonomia para decidir o que deve ser considerado e desenvolvido em seu território, orientações estas que estão no cerne da engenharia e da possível implementação efetiva da PNH, como de outras políticas e programas no âmbito da saúde.

A NOB-1/91 foi a introdutória dessas orientações, que trouxe o então conceito de municípios e estados habilitados ao SUS, tendo estes gestão direta dos serviços, seguidos por avanços instaurados pela NOB-1/93 e NOB-1/96, que introduziram, entre outras ações regras de transferências de recursos, mecanismos de controle e avaliação, ampliação de responsabilidade do gestor municipal e estadual, no sentido de reorganizar o modelo de assistência ao garantir ao município a responsabilidade pela gestão e também pela execução direta da atenção básica de saúde.

Acredita-se que essa questão é central na avaliação da PNH como política de humanização da gestão e atenção da saúde, uma vez que trata-se da gestão e atenção descentralizada e municipalizada, aspectos passíveis de análise quando se trata de um diagnóstico de ausência de questões básicas na assistência, que, segundo os formuladores da intitulada HumanizaSUS, foram fatores de demanda da humanização enquanto política pública.

Segundo NEGRI;DI GIOVANNI (2001, p. 321), ao tratar-se do projeto de reforma do setor saúde e das funções do Estado brasileiro frente à dada realidade, dúvidas e questionamentos são relevantes de serem discutidos, em que pese os efeitos da descentralização e demais modos de gerir a assistência. Sua concepção acerca da agenda da descentralização da atenção à saúde tem relação direta com a “percepção generalizada sobre o déficit de eficiência e de responsabilização da política social” (in NEGRI;DI GIOVANNI, 2001, p. 307).

A discussão levantada cabe na avaliação aqui desenvolvida exatamente por considerar a insatisfatória definição dos papéis de cada nível de governo como fator agravante desse contexto da eficiência das políticas sociais no Brasil. Porém, por não ser pano de fundo da avaliação propriamente dita e, em específico nesse capítulo, da

engenharia da política em estudo, será debatida na conclusão do trabalho, como traço importante de discussões e debates incitados pela pesquisa desenvolvida para esta dissertação, no sentido de direcionar questões pertinentes à formulação da PNH enquanto política social e relacionada ao desenho de seus elementos constitutivos.

No eixo da gestão do trabalho, a política propõe promover ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos não só de discussão mas, também, de decisão na atenção e gestão da saúde, tendo em vista reconhecer, fortalecer e valorizar seu compromisso com o processo de produção de saúde e o crescimento profissional dos mesmos.

No que tange ao trabalho e qualificação profissional, a PNH reafirma a preocupação com a produção de sujeitos em saúde que direcionam a assistência e a gestão ao contexto do vínculo, da integração, do acolhimento e do cuidado. Contudo, aponta “promoção de ações” de maneira geral e abstrata, sem especificar o âmbito das mesmas e estabelecer modelos que possam atuar de forma efetiva nesse reconhecimento, fortalecimento e valorização do “compromisso com o processo de produção de saúde e seu crescimento profissional”.

Tendo em vista que essa questão da produção de sujeitos abrange todas as marcas estabelecidas como metas e são centrais para a “humanização” em todas as práticas de atenção e gestão que perpassam o SUS, a PNH, enquanto política nacional formulada para agir frente à uma realidade ausente de princípios e práticas humanizadoras, deve compreender a elaboração e organização específicas dessas ações.

No contexto da educação permanente, é pertinente a introdução legitimada pela PNH da temática da humanização nos diversos níveis educacionais e profissionalizantes. Entretanto, cabe assegurar que o conceito e as especificidades do tema sejam trabalhadas e estruturadas de maneira contundente em conjunto com todo o referencial teórico-político da PNH, com fins de estabelecer uma “cultura” humanizadora no decorrer da formação dos profissionais de saúde. Seria pertinente, ainda, estruturar ações padronizadas de qualificação e educação nesse mesmo sentido para profissionais já formados e com longo tempo e experiência de trabalho no setor saúde.

Nesse eixo entende-se como pertinente as cartilhas e demais produtos produzidos pelo Ministério da Saúde e técnicos responsáveis, que atuam nesse sentido de informar e ampliar a temática no debate da saúde e difundindo a PNH enquanto política pública atuante. Contudo, essa ampliação do domínio social sobre a PNH é

condicionada à cultura hospitalocêntrica e de assistência/gestão que se produz/reproduz na sociedade brasileira.

Esse ponto da avaliação aqui proposta demarca um “nó” na divulgação e comunicação da PNH, em que pese, de maneira específica, sua preocupação com a banalização do termo na sociedade, aspecto este apontado como cerne no marco teórico aqui comentado e exposto, que apresenta-se integralmente em detalhes no anexo (Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS).

Esse panorama resume, de forma objetiva, o referencial ético-político já trabalhado da PNH, bem como seus princípios básicos. Dessa forma, retoma a questão da efetividade do Sistema Único de Saúde, uma vez que sua instauração traz todos esses princípios como norteadores das práticas de saúde. O SUS, após todo um período de lutas e reconfigurações da assistência, da cultura hospitalocêntrica, do direito em si, legitimou a democratização, o protagonismo dos sujeitos envolvidos no sistema, a integralidade, a universalidade e a equidade, assim como introduziu essa pactuação de trabalhadores e gestores, bem como a lógica organizacional já incitada.

Ao delimitar nesse eixo da atenção aspectos intrínsecos ao campo da saúde, pós-Constituição/SUS, elencando em sua estrutura como estratégias, a PNH vai de encontro ao que afirma em seu referencial: “como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas” em meio ao cenário de responsabilização, protagonismo e vínculo que estimula. As estratégias não apresentam tais “atitudes”, que demarcariam ações para “alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS”, como estipulado no marco da mesma. Ao colocar como estratégia geral princípios introduzidos pelo Sistema Único de Saúde, a PNH vai de encontro com sua definição de “implicar mudança na cultura de atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho” (BRASIL, 2004, p. 7).

Para implicar mudanças na cultura da atenção e gestão, são necessárias atitudes/ações concretas e que padronizem modelos, apesar do respeito às diferenças entre os sujeitos e as regiões. A análise da engenharia da política, no que se refere à sua coerência e pertinência, traz, assim, questões que recaem no “abstrato” que envolve todos os princípios e conceitos fundamentais nos critérios de formulação de uma política de “humanização” da saúde.

4.3 Orientações estratégicas para a implementação da PNH

Ao delimitar “orientações estratégicas para a implementação da PNH”, no que se refere ao eixo da atenção determinado em seu desenho, propõe “incentivar a construção de protocolos para serviços com perfil humanizador”. Tendo em vista a concepção e o cerne central da PNH de transpor a banalização e os conflitos conceituais da temática humanização em todo o SUS, e considerando os diversos profissionais e sujeitos envolvidos nessas práticas e serviços, seria necessário, em seu desenho, um quadro ou anexo que delimitasse esse “perfil humanizador”, no contexto de construir, realmente, esses protocolos propostos.

Em outra orientação, fala-se em uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos, da democratização da gestão dos serviços e da ampliação da atenção integral à saúde, que possibilite promover a intra e a intersetorialidade com responsabilização sanitária pactuada entre gestores e trabalhadores. Com base em seu marco teórico-político, esse protagonismo representa a consideração das necessidades sociais, dos desejos e dos interesses dos diferentes sujeitos envolvidos no campo da saúde, aspecto este que os formuladores afirmam “constituir a política em ações materiais e concretas”.

Ao orientar as ações por uma consolidação e expansão dos Grupos ou Comitês de Humanização entre as secretarias estaduais, municipais e serviços de saúde, no sentido de dispositivos de articulação, estímulo, valorização e formulação de políticas no contexto da humanização, a PNH revigora a autonomia dos vários níveis de governo e mantém coerência com o princípio básico da descentralização, instaurado desde o SUS. A partir dessa orientação, as práticas de humanização são incentivadas perante a autonomia dos níveis estadual e municipal.

A quarta orientação, por sua vez, demarca a instituição sistemática de acompanhamento e avaliação das práticas, a partir de processos de monitoramento e criação de indicadores relacionados à PNH. Porém, não há sinalização de qualquer indicador ou contexto de elaboração dos mesmos.

Ainda no que tange à descentralização, duas orientações confirmam o princípio e reforçam a força dos municípios na ação efetiva das práticas propostas pela política para humanizar a saúde: a seleção e reforçamento de experiências vistas como exitosas na rede SUS e a articulação dos programas e projetos do Ministério da Saúde com a PNH, ação esta que os formuladores entendem como positiva quanto à diminuição da verticalização das práticas, no sentido de propiciar a co-responsabilidade dos gestores estaduais e municipais.

Contudo, as diretrizes gerais e específicas pontuadas no documento não apontam ações concretas no que tange a orientações e estratégias apresentadas.

4.4 Diretrizes gerais e específicas

Diretrizes são orientações gerais na política, que expressam o método de inclusão e que repercutem em várias frentes, tais como o Acolhimento com classificação de risco, a Clínica Ampliada¹⁸, a Co-gestão¹⁹, Ambiência²⁰, Gestão Participativa²¹ e Formação no Processo de Trabalho, Cartilha de Direitos dos Usuários, Conformação de Redes Sociais (BRASIL, 2004). Ainda no âmbito do HumanizaSUS, o Ministério da Saúde disponibilizou as chamadas “Cartilhas da PNH”, que buscavam esclarecer não só o quê, e o porquê da Política, mas propostas de como implementá-la nas diferentes instituições de saúde. Apresentam, a partir daí, um conjunto de dispositivos, na verdade uma atualização das diretrizes em modos concretos de operar que funcionando em três eixos (mudanças na política, na organização e processos de trabalho) possam favorecer as forças transformadoras nestas instituições.

Ao comparar os princípios e diretrizes com o referencial e o diagnóstico apresentados pela política, surgem questões acerca do “como” fazer determinadas

¹⁸ Trabalho clínico que visa o sujeito e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso e ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença.

¹⁹ Em um modelo de gestão participativa centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva (planeja quem executa), os colegiados gestores garantem o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação. A direção das unidades de saúde tem diretrizes, pedidos que são apresentados para os colegiados como propostas/ofertas que devem ser analisadas, reconstruídas e pactuadas. Os usuários/familiares e as equipes também têm pedidos e propostas que serão apreciadas e acordadas. Os colegiados são espaços coletivos deliberativos, tomam decisões no seu âmbito de governo em conformidade com as diretrizes e contratos definidos. O colegiado gestor de uma unidade de saúde é composto por todos os membros da equipe ou por representantes. Tem por finalidade elaborar o projeto de ação da instituição, atuar no processo de trabalho da unidade, responsabilizar os envolvidos, acolher os usuários, criar e avaliar os indicadores, sugerir e elaborar propostas.

²⁰ Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde (conf. Projeto de saúde) voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura etc. Além disso, é importante na ambiência o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Deve-se destacar os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente.

²¹ Construção de espaços coletivos em que se dão a análise das informações e a tomada das decisões. Nestes espaços estão incluídos a sociedade civil, o usuário e seus familiares, os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde.

práticas e ações de integração, co-responsabilidade e outros conceitos alcançarem o dito “concreto” a partir do abstrato, que é o que se repete em palavras e, exatamente, o que demanda efetividade na história do SUS.

A ampliação do diálogo entre os profissionais, bem como entre estes e a população e entre estes e a administração, na direção do que a política nomeia como “gestão participativa”, bem como a “estimulação” de práticas resolutivas, são diretrizes gerais que a PNH institui como base para sua implementação, apesar de representarem princípios básicos instaurados pelo Sistema Único. Nesse âmbito pode-se pontuar também a diretriz que promete viabilizar a participação dos trabalhadores por meio de colegiados gestores, previstos na organização da gestão instaurada através do SUS.

De forma pontual e inédita, no que se refere à temática da humanização, a PNH introduz a implantação, com estímulo e fortalecimento, de Grupos de Trabalho de Humanização, os quais pretendem organizar a partir de plano de trabalho definido e a sensibilização de equipes de saúde no que diz respeito ao “problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso)” e quanto aos preconceitos de cunho sexual, racial, religioso e de outras formas, tendo como pontual a ação no momento da recepção e dos respectivos encaminhamentos. Apesar de sinalizada, a problemática da violência e do preconceito não foram anteriormente apontadas e discutidas no marco teórico que apresenta o referencial da política.

No intuito de especificar as diretrizes pelo nível de atenção, a PNH então separou, em sua estrutura, os seguintes níveis: atenção básica, atenção especializada, atenção hospitalar e urgência e emergência. Na atenção básica, direcionou ações tais como: elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos, considerando tanto o usuário quanto sua rede social, tendo em vista as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde dos mesmos; o incentivo de práticas promocionais de saúde; o estabelecimento de formas de acolhimento e inclusão, a partir do qual os formuladores acreditam implementar, por exemplo, a prioridade do fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema; e o comprometimento com o trabalho em equipe, visando o aumento do grau de co-responsabilidade, que a PNH sinalizou como questão central da humanização que considera.

Apesar de manter coerência com seu referencial político e teórico, no que se refere à humanização, as diretrizes específicas não apontam de maneira efetiva nenhuma das ações estipuladas como metas pela PNH. Ao demarcar ação na direção do fim das

filas para atendimento, questão urgente no diagnóstico da assistência levantado pelo processo de formulação, por exemplo, a engenharia da política sinaliza o “estabelecimento de formas de acolhimento e inclusão”, sem delimitar tais formas, no sentido de corroborar o conceito de acolhimento e inclusão, expostos em seu dicionário (em anexo), através de práticas exequíveis.

Na Urgência e Emergência, nos pronto-socorros, nos pronto-atendimentos, na Assistência Pré-Hospitalar e outros:

1. Acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência.
2. Comprometer-se com a referência e a contra-referência, aumentando a resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários.
3. Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito.

Na Atenção Especializada:

1. Garantir agenda extraordinária em função da análise de risco e das necessidades do usuário.
2. Estabelecer critérios de acesso, identificados de forma pública, incluídos na rede assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contra-referência.
3. Otimizar o atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas, terapêuticas que impliquem diferentes saberes e terapêuticas de reabilitação.
4. Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito.

Na Atenção Hospitalar:

Neste âmbito, a PNH propõe dois níveis crescentes (B e A) de padrões para adesão à PNH:

Parâmetros para o nível B:

- Existência de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho definido.
- Garantia de visita aberta por meio da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e as peculiaridades das necessidades do acompanhante.
- Mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários.
- Mecanismos de escuta para a população e os trabalhadores.
- Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou à sua rede social.
- Existência de mecanismos de desospitalização, visando a alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares.
- Garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra-referência.

Parâmetros para o nível A:

- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho implantado.
- Garantia de visita aberta por meio da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e as peculiaridades das necessidades do acompanhante.
- Ouvidoria em funcionamento.
- Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou à sua rede social.
- Existência de mecanismos de desospitalização, visando a alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares.
- Garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra-referência.
- Conselho gestor local com funcionamento adequado.
- Existência de acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso (pronto-atendimento, pronto-socorro, ambulatório, serviço de apoio diagnóstico e terapia).
- Plano de educação permanente para trabalhadores com temas de humanização em implementação.

Ao elencar todos esses elementos de ação, a PNH então assume seu compromisso de “construção do campo da humanização” através de fatores específicos:

- propor e integrar estratégias de ação que constituam o “campo da humanização”, operando como apoio matricial para as áreas, as coordenações e os programas de saúde no que for com eles contratualizado;
- propor e integrar estratégias de ação para implantação da PNH no âmbito do Ministério da Saúde em interface com as demais áreas e coordenações e as demais instâncias do SUS;
- criar grupo de apoiadores regionais da PNH, que trabalharão com as SES, as SMS, os Pólos de Educação Permanente, os hospitais e outros equipamentos de saúde que desenvolvam ações de humanização. Tal grupo funcionará como um dispositivo articulador e fomentador de ações humanizantes, estimulando processos multiplicadores nos diferentes níveis da rede SUS;
- criar e incentivar mecanismos de divulgação e avaliação da PNH em interface com as demais áreas, as coordenações e os programas do MS.

Ao delimitar tais ações como estratégias de compromisso para a construção desse campo, que vai além do contexto de produção de saúde e delimita a humanização enquanto rol disciplinar e comportamental na atenção e gestão, os formuladores da PNH propõem ações que visam a integração e interface das áreas e dos níveis de gestão e organização da estrutura política no setor saúde. No texto é possível encontrar referências relacionadas à noção de “governamentalidade” de FOUCAULT (1979), adotada no referencial teórico da política uma vez que apresentada a preocupação em considerar todos os sujeitos envolvidos, bem como a própria sociedade, na articulação de grupos, pólos e coordenações de todos os níveis: federal, estadual e municipal, nas diversas instâncias do setor.

Em seguida, no sentido de delimitar os compromissos de responsabilidade específica na PNH, enquanto “núcleo específico”, a redação afirma:

- construir metodologias de trabalho para implantação de projetos de humanização nos diversos âmbitos da rede SUS, seja por meio da concepção de dispositivos de suporte ao desenvolvimento de ações voltadas para os usuários no âmbito da atenção, seja no que concerne às condições de trabalho dos profissionais e dos modelos de gestão do processo de trabalho em saúde no âmbito da gestão, seja na contribuição nos processos de formação propondo a inclusão da PNH nos diversos âmbitos da formação em saúde;

seja, ainda, na relação com a cultura, a sociedade na perspectiva do fortalecimento da participação dos cidadãos na construção de um SUS humanizado;

- fortalecer, ampliar e integrar a Rede Nacional de Humanização estruturada em dimensão presencial e eletrônica.

A partir do exposto, a PNH se compromete a elaborar metodologias direcionadas às ações humanizadoras em toda a rede, inclusive nas condições de trabalho dos trabalhadores envolvidos no Sistema Único de Saúde, de forma a efetivar a qualificação, no contexto da “produção de sujeitos” apontada como central.

De maneira pontual e conclusiva do documento, apreseta-se o item “Implantação e Funcionamento da PNH”, no qual os formuladores reforçam a transversalidade, apoiada na descentralização. A PNH reafirma o objetivo de disseminar a humanização em toda rede do SUS e demarca a multiplicação de projetos e experiências exitosas entre os três níveis de governo: federal, estadual e municipal como meio de consolidar a humanização enquanto “estratégia comum”.

Assegura-se a coordenação dessa articulação em nível federal, como já exposto, no sentido de fortalecer e integrar as ações do MS e das secretarias de estado e dos municípios. Portanto, a PNH delimita a Coordenação técnico-política e o grupo de apoio de consultores regionais como centro de ações, com integração direta e de mão dupla com o Ministério da Saúde, coordenador de programas e áreas específicas e com as Secretarias Estaduais e os Grupos de Trabalho responsáveis por serviços e práticas em nível estadual. Essa rede deve ser articulada com as Secretarias Municipais, em controle e gestão do gestor municipal respectivo, com integração dos Grupos de Trabalho em nível municipal. Todo esse aparato busca efetivar a “rede” descentralizada e integrada que os formuladores adotam, baseados no modelo de gestão e governo instaurado pelo Sistema Único de Saúde, desde 1988.

A quarta diretriz geral da PNH, já exposta, coloca o compromisso de “reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde”. Em seguida, no subitem “Diretrizes específicas por nível de atenção – Atenção Básica”, onde cabe a estruturação específica de ação em tal cenário, afirma-se “incentivar práticas promocionais de saúde”. Faz-se ausente a delimitação dessas práticas de saúde, bem como as formas de incentivo possivelmente pensadas para efetivar o estímulo que a diretriz suscita.

No mesmo eixo da Atenção Básica, outra diretriz se apresenta em nível abstrato: “estabelecer **formas** de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema”. Essas formas merecem ser estabelecidas nesse documento, que apresenta e estrutura toda a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, uma vez que essa produção de saúde e sujeitos está em pauta.

A PNH repete o discurso na quarta diretriz específica da Atenção Básica ao “comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de co-responsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde”. A diretriz de cunho específico, desta forma desenhada e assumida, recorre ao abstrato ao representar um **objetivo** dos formuladores frente à realidade das equipes de saúde e seus serviços: “aumentar o grau de co-responsabilidade”. A PNH se compromete, literalmente e de maneira assertiva com o trabalho em equipe e com o conceito de rede de apoio profissional, contudo, não direciona de maneira concreta a ação específica em nível de atenção básica, nesse caso, que possibilitará “aumentar o grau de co-responsabilidade” e alcançar a esperada “eficácia na atenção à saúde”.

Na Atenção Especializada (BRASIL, 2004, p. 14), a segunda diretriz propõe “estabelecer critérios de acesso, identificados de forma pública, incluídos na rede assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contra-referência”. É importante entender que esses critérios devem ser previamente estabelecidos, o que não acontece no documento da PNH em questão, principalmente pela sua função pública de informação, considerada no texto.

No que tange ao “mapeamento de programas, projetos e iniciativas de humanização já existentes” (BRASIL, 2004, p. 16), colocados desta forma no item referente à gestão da PNH, os formuladores direcionam à coordenação da política a tarefa de selecionar e disseminar ações nesse contexto humanizador proposto.

Contudo, frente ao diagnóstico levantado em seu processo de formulação²², tanto é contraditório a existência de práticas de humanização nessa conjuntura, como é necessário o estudo e elaboração de um rol complexo de ações, estratégias e atitudes concretas e específicas que delimitem o campo da humanização que a política pretende

²² que afirmou enfrentar “fragmentação e verticalização dos processos de trabalho”, que, segundo o diagnóstico traçado esgarça as relações entre os sujeitos envolvidos no “fazer saúde”, destes com os usuários, bem como o próprio trabalho em equipe; o “baixo investimento na qualificação dos trabalhadores”, “poucos dispositivos de fomento à co-gestão”, “Forte desrespeito aos direitos”, “modo de atenção baseado na relação queixa-conduta”, “modelo de formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação de políticas públicas”

construir, mais ainda quando se considera o estado da arte do setor saúde e todo o conglomerado governo-Estado-políticas públicas levantado no referencial teórico que a PNH apresentou. Apesar da PNH prever cartilhas e projetos específicos de acolhimento, co-gestão, critérios de risco e demais fatores e diretrizes centrais da temática, é ausente, na política propriamente dita, estratégias e diretrizes com traçados concretos e sinalizadores dessa humanização então proposta e aqui entendida.

No sentido de fundamentar tal julgamento, é pertinente retomar os impasses que a PNH considera como limitações na implantação das práticas e serviços instaurados pelo Sistema Único de Saúde. Ao apontar como questão a ser combatida, a PNH coloca a “precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção”. Esse despreparo observado é fator preponderante de vários outros impasses e ausências nas práticas de atenção e gestão, práticas essas que, como visto no decorrer do apanhado histórico que a dissertação tentou delinear, foram gradativamente alcançadas como legítimas e desenvolvidas no Brasil com influências e condicionantes econômicos, sociais e culturais.

Em seu marco-teórico, a PNH afirma como “necessário e urgente” o debate sobre os modelos de gestão e atenção, bem como o contexto de formação e qualificação dos profissionais e os modos de controle social intrínsecos nesse processo. Porém, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, somente apresenta questões e práticas de demanda, sinalizando a produção de saúde que buscam alcançar na saúde brasileira, no contexto de todo o SUS.

Apesar de apontar limitações e pontos de “desumanização” em suas práticas e gestão, afirma reproduzir e disseminar ações humanizadoras. Quanto a sua efetiva implantação, afirma elaborar e nortear atitudes dentro de todo o sistema, qualificar e criar o vínculo e acolhimento necessários para uma assistência digna a todos e de forma equânime e universal, princípios este que o SUS já elenca e se compromete em assumir na saúde, bem como a PNH se propõe a produzir saúde e sujeitos concernentes a esses valores.

Levando em consideração toda essa proposta, traçada por princípios, diretrizes e estratégias aqui relatadas, a PNH segue a direção de ação efetiva do Estado frente à sociedade, mas mantém no abstrato, inclusive enfrentado como alvo dos próprios formuladores, a humanização que afirmam ser demandada de forma “urgente” pelo SUS.

Cabe, como a conclusão em seguida apresentada propõe, o debate acerca desse trabalho longo e complexo que a PNH assumiu, modificações e especificações de ações, estratégias e atitudes consideradas pertinentes, bem como a discussão de uma questão que, como já introduzida, surgiu durante essa pesquisa de cunho avaliativo: será a municipalização instaurada pela descentralização política uma estratégia de avanços contundentes nas políticas públicas de governo? Cabe nesse contexto questioná-la?

Ao levarmos em consideração uma política pública no setor saúde, em específico, outra questão surge: a complexidade desse “re-encantamento do concreto” que os técnicos-formuladores da PNH almejavam. Essa mudança na produção de saúde e de sujeitos, no sentido de construir saúde no campo da humanização que a política então delimitou ser necessário, implica em mais do que esse rol de alternativas que ensejam conceitos e valores ainda abstratos na realidade social do país.

5 CONCLUSÃO

A dissertação apresentada seguiu a direção de expor pesquisa documental e bibliográfica acerca do processo de formulação e de engenharia da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, no sentido de elucidar seu referencial teórico, desvendar elementos de ordem política, econômica e social que são considerados em seu contexto de formulação e engenharia e avaliar a pertinência e coerência interna da mesma perante o estado da arte da atenção e gestão da saúde no Brasil, o que entende-se como fundamental para análise do alcance de sua estrutura e desenho no que concerne à humanização das práticas de saúde do Sistema Único.

Considerou-se a amplitude e complexidade de um “construir coletivo” nessa temática, como estimulado e proposto efetivamente pela PNH. Mas, exatamente por essa complexidade que envolve toda uma cultura de saúde e de cuidado, bem como sujeitos e atitudes diversas e de vários níveis, é que a PNH, propriamente dita, não alcança o “re-encantamento do concreto” que seus formuladores estipularam como cerne principal. A PNH nasce após toda uma conjuntura de crises, lutas e limitações transpostas no âmbito da saúde e da seguridade social que culminaram no Sistema Único de Saúde e se justifica por “humanizar” esse SUS.

A formulação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS se dá a partir de um diagnóstico real e palpável, que se faz presente nas práticas de assistência à saúde nos dois níveis de ação considerados. Os impasses enfrentados pelo SUS, listados pela equipe do grupo de trabalho que construiu a Política, são urgentes, sim. Contudo, a PNH não dá conta de sanar todas as lacunas diagnosticadas e alvo de metas. Ao afirmar que uma política de humanização não deve ser confundida com um princípio do SUS, mas sim afirmada como política comum e concreta, que enfrente o “modus operandi” que, segundo eles, se mostrou fragmentado e fragmentador e marcado pela lógica do especialismo e especificidades de práticas, os formuladores então se comprometem com uma meta complexa que está intrinsecamente ligada à uma lógica mais ampla, uma lógica de contradições de racionalidades e interesses, bem como de concepção de políticas.

A questão principal não diz respeito à adequação do desenho de princípios, metas e ações que a PNH elaborou em sua engenharia, apesar desta apresentar contradições e vácuos, como analisado nesse trabalho, a partir dos documentos e do material ao qual foi possibilitado acesso. A questão que se apresenta na conclusão dessa pesquisa é mais abrangente e, por isso, diz respeito de maneira mais substancial aos elementos e critérios levados em consideração desde a análise do diagnóstico da atenção e da gestão, que subsidiaram a formulação da Política.

O propósito de formulação da PNH de transformar os modos de construir política de saúde no Brasil é relevante, dada a situação das práticas de saúde vigente. Porém, essa transformação, como pensada e elaborada, não consegue se desenvolver ao chocar-se com a lógica hegemônica da qual o país e todos os setores políticos e econômicos fazem parte. Partindo dessa tese, o risco de uma concepção de humanização ampla e abstrata que preocupou os formuladores por recorrer aos próprios princípios do SUS, torna-se difícil de ultrapassar. Alcançar movimento de mudança da lógica da racionalidade técnico-burocrática nas práticas de saúde e da compartimentalização/individualização dos processos de trabalho passa a ser fundamentada, com o advento da PNH. No entanto, essa mudança demanda mudanças maiores e que envolvem sujeitos e racionalidades diversos.

É fidedigna a preocupação dos formuladores da PNH com um “campo” efetivo de humanização que perpassasse todo o SUS, porém, questões econômicas, estruturais e culturais mais amplas e complexas precisam ser discutidas, em âmbito nacional e abrangente, para que essa e outras políticas sociais tenham efetividade e eficácia.

Há, nessa conjuntura, impasses externos que se sobrepõem à HumanizaSUS que a PNH construiu e ao rol de diretrizes e estratégias que a mesma busca desenvolver em todos os níveis de atenção e gestão. A tarefa apresenta-se como grandiosa e complexa, com incoerências e “nós” que aqui buscou-se pontuar, bem como é necessário um debate maior e mais profundo para que a produção de saúde e de sujeitos seja alcançada.

O processo que é sinalizado pela PNH, dessa forma, é pertinente uma vez que visa qualificar a saúde em todas suas práticas e serviços. Porém, o projeto e todo seu escopo que é representado pelo termo “Humaniza SUS” se refere, de maneira geral em seus próprios princípios e prioridades estabelecidos, na problemática dos recursos humanos, sujeitos envolvidos em todo e qualquer âmbito, serviço e prática de saúde dentro e fora do SUS. São recursos “humanos”, por si só. A humanização não é o conceito-chave que, ao ser disseminado, mudará o panorama da produção de saúde e de sujeitos em saúde no contexto brasileiro, pois todo o contexto de políticas sociais no Brasil possui entraves que ultrapassam questões do cuidado na saúde e do respeito ao sujeito que se cuida.

A “produção de sujeitos”, de forma específica, merece uma política no que tange à saúde enquanto campo disciplinar, contexto este que envolve questões aqui apontadas como a mercantilização da saúde, as relações de poder intrínsecas à hierarquia médica e profissional e a organização burocrática na gestão política.

Concordo com a noção de NEGRI e DI GIOVANNI (2001), de que há sim uma incompatibilidade entre a política econômica da atual conjuntura e o desenvolvimento de políticas sociais que assegurem a qualidade de vida e dignidade de todos os indivíduos.

Segundo os autores, o formalismo e a baixa autonomia administrativa das organizações públicas têm contribuído para a estagnação da administração pública, dificultando a incorporação de novas formas de gestão e voltando-se para o controle de procedimentos e não de resultados, o que inibe o julgamento dos usuários sobre a qualidade dos bens e serviços públicos. (2001, p. 321).

Em termos de prática, olhar a saúde sob a dimensão da vida e não da doença requer novos modos de subjetivação que rompam com concepções dicotômicas do viver e do exercício profissional: ou se está doente ou se está sadio; ou se é enfermeiro, ou se é nutricionista, ou se é médico ou se é assistente social. O viver e a saúde necessitam conciliarem-se, no sentido de que a cada dia seja conquistado o direito de um viver com qualidade, mesmo se estando acometido por determinadas doenças. Da mesma maneira,

ser determinado profissional não exclui a condição de ser um profissional de saúde, de ser um cidadão e, portanto, pertencente a um universo com propósitos comuns a outras profissões e à sociedade.

A medicina e as práticas de saúde, após mudanças significativas, se apoiam no saber e experiência de uma equipe ampla de tecnólogos, trabalhadores formados para lidar com as questões de saúde e doença, vida e morte, que são parte da instituição hospitalar e do aparato hospitalocêntrico como um todo.

Se a assistência à saúde e as pessoas que trabalham no “fazer saúde” mudaram, o mesmo pode-se observar nos pacientes. Estes já não são mais pessoas pobres que buscam assistência esperando a morte; são gente de todas as classes, que procuram atenção e recuperação, tendo em vista a concepção de qualidade de vida da saúde. Desde a Constituição Federal de 1988 os direitos à saúde são conhecidos e reconhecidos, conquista sem precedentes no Brasil. É fato que o Movimento Sanitário trouxe frutos e a Reforma possibilitou a constituição de um sistema muito bem estruturado e elaborado. Porém, por configurar mudanças significativas na concepção da saúde, desde seu conceito até sua prática, o SUS naturalmente enfrenta percalços desde sua instauração, principalmente no que se refere à incorporação de seus princípios no amplo e complexo espectro no qual a atenção e a gestão da saúde se faz no Brasil.

Contudo, o modelo biomédico, embora em transformação, mostra-se em evidência em nossa realidade. A racionalidade que evidencia a doença sobre a vida parece ainda perpassar a formação e a prática das diferentes profissões da saúde. Que perspectivas se vêem para o resgate à vida como razão primeira das ações profissionais? Como se pode redesenhar esta realidade se essas concepções ainda se mostram fortemente presentes na formação dos profissionais?

Até meados do século XX, a psicologia, por exemplo, não fazia parte dos programas do estudante de medicina. Quando esporadicamente introduzida, era quase sempre ensinada de modo acadêmico, sem qualquer ligação com a medicina ou até com a vida. Os profissionais da psicologia, sociologia e serviço social são, ainda, muitas vezes desconhecidos como membros da equipe hospitalar, o que é ligado a uma subordinação cultural dessas áreas de atuação, estudo e pesquisa em relação à medicina na hierarquia médica-hospitalar.

Uma vez que um problema humano envolve sempre mais do que uma pessoa, ou grupo de pessoas, no caso da atenção e gestão da saúde, a questão da comunicação entre os profissionais e os pacientes é questão central na problemática da humanização.

Afinal, é essa a carência que perpassa todos os níveis: desde a admissão/acesso das pessoas ao serviço de saúde no SUS, até a qualidade da conclusão do atendimento, que quanto mais bem finalizado, menos probabilidade existe de aquele paciente voltar à instituição de saúde com o problema que o fez procurá-lo.

Nos hospitais, o pessoal tem boas razões, práticas e psicológicas, para estar atarefado, inclusive por questões relacionadas às condições de trabalho e assalariamento adequado. Mas, simultaneamente, há situações em que se desperdiça tempo e se trabalha sem necessidade, porque as pessoas estão sempre tão ocupadas que não conseguem reunir-se e elaborar melhores processos de estabelecer comunicação e organizar o trabalho de forma multiprofissional e integrada, como o SUS já previu desde 1990. Se nada se fizer em contrário, existem todas as possibilidades de que a situação se deteriore à medida que aumente a utilização dos serviços hospitalares pelo público, que os serviços se tornem mais especializados, complexos e divididos por grupos profissionais diferentes que, por sua vez, se isolam cada vez mais, e que a medicina hospitalar se torne mais incompreensível para os leigos, os doentes e osãos, dentro e fora do hospital.

Como afirmou BARNES (1973) ainda no século XX, a natureza humana permanece a mesma, mas as condições que ela tem que suportar transformaram-se e continuam em transformação continuamente. A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, exatamente por seguir a concepção e sentido social do SUS, não acompanha a atual conjuntura que a sociedade vive no Brasil, em níveis econômicos, sociais e políticos. Apesar de ter justificativas para se apresentar e constituir-se como política pública, a PNH não deve alcançar resultados, inclusive por estes estarem relacionados a problemas de atenção e gestão do atendimento à saúde no Sistema Único de Saúde que o país adota.

A partir desse contexto, surge a contradição presente na problemática da saúde, em termos de racionalidades e interesses: por uns a saúde é entendida como direitos de todos, concepção trazida pelo SUS, enquanto que para outros é vista e utilizada como mercadoria de consumo que é inserida num cenário de hierarquia e diferenças econômicas e sociais, que traduzem como cotidiano a “elitização do acesso”, que Paim (2009) pontuou.

Faz-se ênfase aqui à tese de PAIM (2009) sobre impasses que as política de saúde enfrentam, em nível mais amplo e abrangente do que o Sistema Único de Saúde, por si só. Impasses e limitações encontrados nas configurações sócio-políticas,

econômicas e, cabe afirmar, comportamentais da organização social vigente. Confirma-se, através dessa pesquisa, descaminhos que fazem referência ao Estado enquanto conjuntura, e não ao SUS de modo específico. Além das reformas neoliberais e da sistematização na gestão pelos ministérios e secretarias, que reproduzem uma lógica totalmente contrária ao ideário integrador do SUS, “calos” permanentes no sistema político brasileiro, como o clientelismo político e a corrupção irrestrita de verbas e procedimentos, corroboram o cenário de crise da Reforma, crise da saúde, que configura uma crise, ao meu ver, de cultura e comportamento social, uma vez que as políticas públicas reproduzem a ação ou não-ação dos indivíduos que detém poderes perante a sociedade em que vivem.

Acredito que avanços em termos de humanização podem e devem ser alcançados através de práticas, mas ainda assim somente em situações pontuais e que, devido às questões problematizadas através desta pesquisa, não configuram uma mudança cultural e comportamental no âmbito do serviços de saúde. Inicialmente, o SUS como projeto, com caráter universal, não consegue se “intrometer” na organização capitalista. Logo, humanizar esse SUS apresenta-se como ação remediadora, mas não solucionadora do cenário desumanizado que a saúde enfrenta nos dias de hoje.

6 REFERÊNCIAS

- ANGNES, D. **Humaniza saúde: diferencial do atendimento na saúde. Boletim da Saúde.** Porto Alegre. v. 18, n. 2, p.09-15, 2004;
- ARRETCHE, M. T. S. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In BARREIRA, M. C. R. N; CARVALHO, M. C. B. (org). **Tendências e Perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais.** Pg 43-56, São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001;
- ARRETCHE, Marta T. S. **Tendências no estudo sobre avaliação.** In: RICO, Elizabete Melo (org). São Paulo: Cortez/IEE, p.29-39, 1998;
- AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005;
- BARNES, Elisabeth. **As relações humanas no hospital.** Coimbra, Livraria Almedina: 1973
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, v.10, n.3, p.561-571, jul./set. 2005;

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **Humanização na saúde: um novo modismo?** **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v.9, n.17, p.389-406, mar./ago., 2005;

BOBBIO, Norberto; BOVERO, Michelangelo. **Sociedade e Estado na filosofia política moderna**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Brasiliense, 1986;

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998;

BOURDIEU, Pierre. **Razões Práticas: sobre a teoria da ação**. São Paulo: Papirus, 1996;

BRASIL. **Legislação Federal e Estadual do SUS**. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília (DF): MS, 2004;

BRASIL. **Documento da Política Nacional de Humanização: marco conceitual e diretrizes políticas**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004;

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS – Cartilhas da PNH**. Brasília, DF: Editora MS, 2004;

_____. **Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa (Série Textos Básicos de Saúde)**. Brasília: 2. Ed. Ministério da Saúde, 2006;

BUSS, P. M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177, 2000;

CAMON, Valdemar Augusto Angerami (org). **Psicologia Hospitalar – Teoria e Prática**. São Paulo: Pioneira, 2003;

CAMON, Valdemar Augusto Angerami (org). **Atualidades em Psicologia da Saúde**. São Paulo: Pioneira, 2004;

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2004;

CAMPOS, G .W. S. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. In: CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003;

_____. **Análise crítica da contribuições da saúde coletiva e a organização das práticas de saúde no SUS**. In: FLEURY, S.(Org.) *Saúde e democracia: a luta do CEBES*, p.113-124. São Paulo: Lemos Editorial, 1997;

_____. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2006;

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1978;

CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde – Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)**;

CECCATO, S.R; VAN DER SAND, I.C.P. **O cuidado humano como princípio da assistência de enfermagem à parturiente e seus familiares**. Revista eletrônica [online] jan-jun; Goiânia, 3(1), 2001. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>;

CECÍLIO, L. C. O.; PUCCINI, P. T. **A humanização dos serviços e o direito a saúde**. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1342-1353, set. 2004;

DESLANDES, S. F. **A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2005 set; 10 (3): 615-626;

DI GIOVANNI, G.; NEGRI, B. **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas, SP: UNICAMP. IE, 2001;

DINIZ, C.S.G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2005 set; 10 (3): 627-637;

DONNAGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976;

DRAIBE, Sônia M. **As políticas sociais e o neoliberalismo: reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas**. *Revista USP*. Dossiê Liberalismo Neoliberalismo. nº 17. São Paulo. Março/Maio. 1993;

DYE, Thomas D. **Understanding Public Policy**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1984;

EASTON, David (Org.). **Modalidades de Análise Política**. Rio de Janeiro: Zahar, 1970;

ESCOREL, S. **A reviravolta na saúde, origem e articulação do movimento sanitário**, parte I : as origens do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999;

FLEURY, Sônia Teixeira (org). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. Rio de Janeiro: Editora Cortez, 2006;

FLEURY, S. **O dilema da reforma sanitária brasileira**. In: BERLINGUER, G.; FLEURY, S.; CAMPOS, G. W. Reforma sanitária -Itália e Brasil, p.195-207. São Paulo: Hucitec-CEBES, 1988;

FORTES, P.A.C; MARTINS, C.L. **A Ética, a Humanização e a Saúde da Família**. Revista Brasileira de Enfermagem. n.53, v.especial, dez 2000 dez, p.31-33;

FOUCAULT, M. **Soberania e disciplina**. In: Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **La vida de los hombres infames**. La Plata: Caronte Ensayos; 1993.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Editora Vozes, 1977;

_____. **Genealogia e poder**, pp. 167-178. In R Machado (org.). Microfísica do poder. Ed. Graal, São Paulo, 1979^a;

_____. **A governamentalidade**, pp. 277-293. In R Machado (org.). Microfísica do poder. Ed. Graal, São Paulo, 1979^c;

GERSCHMAN, Silvia. **“A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira”** – 2. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004;

GHELLERE, J.L.P. **Implantação de projetos no Hospital Ministro Costa Cavalcanti para Humanização Hospitalar**. RECENF 2(11): 200-208, 2004;

HOCHMAN, Gilberto (org.). **Políticas Públicas no Brasil / organizado por Gilberto Hochman, Marta Arretche e Eduardo Marques**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007;

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975;

LAMY, Z.C; GOMES, M.A.S; GIANINI, N.O.M; HENNING, M.A.S. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira**. Ciência & Saúde Coletiva. n.10, v.3, set 2005 set, p.659-668.

LAVINAS, L.; VARSANO, R. **Programas de garantia de renda mínima e ação coordenada de combate à pobreza**. Rio de Janeiro: IPEA, dezembro de 1997;

LEPARGNEUR, H. **Princípios de autonomia**. Em C de A. Urbin (Org.), *Bioética clínica*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003;

LERCH, E. **Humanização no hospital**. Enfoque; 11(1): 07-11, 1982.

LIPP, M.E.N. **Como Enfrentar o Stress Infantil**. São Paulo: Ícone, 1991;

MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001;

MERHY, E. **A Saúde Pública como Política**. São Paulo: Editora Hucitec, 1992;

MERHY, E. E. **Um dos grandes desafios para gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção**. In: MERHY, E. E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 1997;

MEZOMO, J. **O que é humanização no hospital?** Circular 02/80. Anais do 1º Congresso Brasileiro de Humanização do Hospital e da Saúde; São Paulo (SP), 1980;

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004;

MULLER, K. E. **Reencarnação baseada em fatos**. São Paulo: Edicel, 1978;

NOGUEIRA, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001;

OLIVEIRA, Francisco Mesquita. **Cultura política e construção de identidades coletivas de sujeitos sociais**. XIII Congresso Brasileiro de Sociologia: UFPE – Programa de Pós-graduação em Sociologia (Doutorado): Recife, 2007 ;

OLIVEIRA, A .B. **A Evolução da Medicina – Até o Início do Séc. XX..** S. Paulo, Pioneira/ Secretaria de Estado da Cultura, 1981.

PAIM, J. S. **Atenção à saúde no Brasil**. In: **Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Ministério da Saúde. Brasília, DF: Editora MS, 2004;

PAIM, J.S. **Bases conceituais da reforma sanitária brasileira**. In: FLEURY, Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Editora Lemos,1997;

PAIM, J. S. . **20 Anos de Construção do Sistema Único de Saúde**. Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 1, p. 47-65, 2009;

PAIM, J. S. . **Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira**. Saúde em Debate, v. 33, p. 27-37, 2009;

PAOLI, M.C.; TELLES, V. da S. **Direitos Sociais: conflitos e negociações no Brasil contemporâneo**. In: ALVAREZ, Sonia (Org.). **Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2000;

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2000;

PESSINI, L. & BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004;

RIBEIRO, H.P. O hospital: história e crise. São Paulo, Cortez: 1993;

RIBEIRO, P.T. **A instituição do campo científico da Saúde Coletiva no Brasil**. Rio de Janeiro, 1991. 190p (Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública);

RICO, Elizabete Melo (org). **Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez/IEE, p.29-39, 1998;

RODRIGUES, Paulo Henrique. **Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS / Paulo Henrique Soares, Isabela Soares Santos**. – São Paulo: Editora Atheneu, 2009;

ROSEN, George. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo, Unesp-Hucitec/Abrasco, 1994;

RUA, Maria das Graças. **Análise de Políticas Públicas : Conceitos In: O Estudo da Política: Tópicos Seleccionados** ed.Brasília : Paralelo 15, 1998;

SILVA, Maria Ozanira da Silva. **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática**. São Paulo: Veras, 2008;

SINGER, Paul. **Prevenir e Curar – o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Forense – Universitária, 1998;

SOUSA, Salviana. **A Reforma Sanitária no Maranhão**; mudança e conservação no processo de organização e de gerenciamento dos serviços de saúde. São Luís: UFMA. 1996 (dissertação de mestrado);

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**. Porto Alegre, ano 8, n 16, *jul/dez* 2006, p. 20 45;

SOUZA, M; POSSARI, J.F; MIGAIAR, K.H. **Humanização da abordagem nas Unidades de Terapia Intensiva**. *Revista Paulista de Enfermagem*. n.5, v.2, abr-jun 1985, p.77-79;

THOMPSON, J.B. **Ideologia e cultura: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa**. Petrópolis: Vozes, 2002;

TEIXEIRA, R. R. **Humanização e atenção primária à saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.3, *jul./set.*, 2005;

VARELA, F. **O reencantamento do concreto**, pp. 33-52. In PP Pelbart & R Costa (org.). *Cadernos de subjetividade: o reencantamento do concreto*. Hucitec, São Paulo, 2003;

VAITSMAN, J; ANDRADE, G, R, B. **Satisfação e responsividade: formas de medir a**

qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 599- 613, [s.d]. 2005.

WEBER, M.. **Economía y Sociedad I.** México/Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1984.

ANEXO

