

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

BACHARELADO EM GESTÃO PÚBLICA

Elisângela Antônia de Sousa Mendes

**EFETIVIDADE NA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO À
SAÚDE (PNH)**

Belo Horizonte
2015

Elisângela Antônia de Sousa Mendes

**EFETIVIDADE NA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO À
SAÚDE (PNH)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
da Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Gestão Pública.

Orientador: Prof. Dr. José Ângelo Machado

Belo Horizonte
2015

Elisângela Antônia de Sousa Mendes

**EFETIVIDADE NA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO À
SAÚDE (PNH)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
da Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Gestão Pública.

Prof. José Ângelo Machado (Orientador)
Universidade Federal de Minas Gerais

Profa. Eleonora Schettini Martins Cunha
Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte, 17 de dezembro de 2015

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me concedido saúde, força e determinação para superar as dificuldades.

Aos meus pais que são meus grandes ídolos.

Ao meu esposo e filhos, Aline e Felipe, pelo amor, paciência, incentivo e apoio incondicional.

Aos meus professores do Departamento de Ciências e Política (DCP) que me ajudaram a trilhar os caminhos e, principalmente, meu orientador, professor José Ângelo Machado, pelo carinho e atenção em todas as etapas deste trabalho.

Aos meus irmãos queridos que sempre acreditaram em mim.

Aos meus amigos pelo apoio nos momentos difíceis.

Além disso, agradeço também a todas as pessoas que, de uma forma ou de outra, contribuíram na realização deste trabalho.

A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos ver o mundo.

Albert Einstein

RESUMO

Este trabalho procurou analisar a efetividade da Política Nacional de Humanização (PNH) e identificar quais fatores têm sido atribuídos dificuldades no sentido de atingir plenamente seus propósitos. A PNH foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde com o propósito de transformar os modos de atenção e gestão do SUS, buscando a valorização dos diferentes sujeitos implicados nos processos de produção de saúde. O sucesso de uma política pública depende da sua efetividade. Para alcançar o objetivo proposto, foi realizado um estudo exploratório com abordagem qualitativa do tipo pesquisa bibliográfica. Os resultados do estudo revelam que a implementação da PNH é complexa, envolvendo avanços e limitações. Dentre os fatores dificultadores da efetividade da política estão o desconhecimento da PNH pelos trabalhadores, usuários e gestores, refletindo diretamente na baixa participação desses atores, principalmente usuários, na gestão participativa; precárias condições de trabalho devido à falta de espaço físico, material e recursos humanos e salários baixos.

Palavras-chave: Política Nacional de Humanização; Efetividade; Modos de Atenção e Gestão do SUS; Valorização dos diferentes Sujeitos

ABSTRACT

This study sought to analyze the effectiveness of the National Policy of Humanization (HNP) and identify which factors have been attributed difficulties in order to fully achieve its purpose. The HNP was established in 2003 by the Ministry of Health with the purpose of transforming the modes of attention and NHS management, seeking the appreciation of the different subjects involved in health production processes. The success of a public policy depends on their effectiveness. To achieve the proposed objective, it performed an exploratory qualitative study type research literature. The study results show that implementation of the HNP is complex, involving advances and limitations. Among factors that complicate the effectiveness of the policy are unaware of PNH by workers, users and managers, reflecting directly on the low participation of these actors, especially users, for participatory management; poor working conditions due to lack of physical space, material and human resources and low wages.

Keywords: National Humanization Policy; Effectiveness; Attention modes and SUS management; Valuation of different subjects

LISTA DE SIGLAS

ACR - Acolhimento com classificação de risco

CF/88 – Constituição Federal de 1988

CNS – Conferência Nacional de Saúde

GTH – Grupos de Trabalho Humanizado

MS – Ministério da Saúde

PL – projeto de lei

PNH – Política Nacional de Humanização

PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PNHAH – Programa Nacional Humanização da Atenção Hospitalar

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1. CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	12
1.1. Um breve histórico na construção do SUS.....	12
1.2. O SUS e a Constituição Federal de 1988.....	13
1.3. Desafios no SUS.....	17
2. ANTECEDENTES DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	22
2.1. Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH).....	22
2.2. Política Nacional de Humanização (PNH).....	26
3. A IMPLEMENTAÇÃO DA PNH, SEGUNDO A LITERATURA BRASILEIRA.....	31
3.1. Conceitos de implementação.....	31
3.2. O desafio da implementação.....	32
3.3. Ouvidoria.....	34
3.4. Gestão Participativa.....	35
3.5. Grupo de Trabalho Humanizado (GTH).....	37
3.6. Acolhimento.....	39
3.7. Clínica Ampliada.....	42
3.8. A concepção da PNH, conforme os futuros fisioterapeutas.....	43
4. CONCLUSÃO.....	46
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema público de saúde baseado nos preceitos constitucionais, tendo como pilares de sustentação a universalidade, a equidade e a integralidade nos serviços e ações de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). As ações e serviços públicos de saúde do SUS constituem uma rede regionalizada e hierarquizada, formando um sistema único e organizado, conforme as diretrizes da descentralização, integralidade e participação social.

O SUS surgiu como resposta à insatisfação e descontentamento da sociedade brasileira com o modelo de atenção à saúde baseada na atenção curativa, individual e centrada no hospital. Ele enfatizou a saúde como parte da conquista dos direitos de cidadania e foi instituído pela CF/88 em seu artigo 196, como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito de saúde como um “direito de todos” e “dever” do Estado.

Embora o SUS tenha muitos desafios a serem superados, não se pode negar que o SUS trouxe melhorias na assistência da saúde e favoreceu para o fortalecimento da direitos de cidadania. Um dos desafios centrais para o SUS é o “incremento da qualidade do atendimento”.

Para Alves, Miotto e Gerber (2007), o tema da humanização acerca na atenção da qualidade do serviço de saúde pública foi introduzido a partir dos programas de humanização do pré-natal e nascimento, caminhou para os programas de acreditação, de qualidade e assistência hospitalar e se consolidou em 2000, com o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), proposto pelo MS. Mas em 2003 a PNHAH deixa de existir e nasce a Política Nacional de Humanização (PNH).

A PNH buscou um modelo de atenção e gestão na saúde onde todos os atores (profissionais, gestores, usuários) estivessem inseridos no processo de produção de saúde. A finalidade da PNH consistia no avanço em direção à ampliação da qualidade da atenção prestada pelo SUS. A humanização teve seu conceito ampliado e passou a não ser mais vista como um “programa a mais a ser aplicado aos diversos serviços saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS”. (BRASIL, 2004).

O interesse em estudar a Política Nacional de Humanização se deve ao fato de ser uma política criada pelo Ministério da Saúde com o propósito de transformar os modos de atenção e gestão do SUS, buscando a valorização dos diferentes sujeitos implicados nos processos de produção de saúde.

Nesta temática, este estudo pretende responder a seguinte indagação: *Como a literatura brasileira tem avaliado a efetividade da Política Nacional de Humanização desenvolvida no âmbito do SUS e a que fatores têm sido atribuídos dificuldades no sentido de atingir plenamente seus propósitos?* A avaliação da efetividade, segundo F. Figueiredo e C. Figueiredo (1986), corresponde ao diagnóstico do sucesso ou fracasso de uma determinada política pública depois de ser implantada. O sucesso de uma política traduz nos efeitos gerados na realidade social ao proporcionar mudanças nas condições sociais da população alvo, condizentes com os anseios da política.

Deste modo, o objetivo do trabalho é analisar a efetividade da PNH e identificar quais fatores têm sido atribuídos dificuldades no sentido de atingir plenamente seus propósitos. Para o cumprimento do objetivo proposto, foi realizado um estudo exploratório com abordagem qualitativa do tipo pesquisa bibliográfica. O trabalho foi desenvolvido em três capítulos, além da introdução.

No primeiro capítulo será mostrado um breve histórico na Construção do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo o acesso da população à saúde antes da criação do SUS, o surgimento do “movimento sanitário”, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Também abordará a criação do SUS, mencionando seus desafios e a Constituição Federal de 1988.

No segundo capítulo será falado sobre os antecedentes da PNH. Ressaltou a criação do Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) até chegar na PNH, criada pelo Ministério da Saúde em 2003, definindo seus princípios, diretrizes, método e dispositivos.

No terceiro capítulo será relatado a implementação da PNH, segundo a Literatura Brasileira, abordando os seguintes temas: o desafio da implementação; Ouvidoria; Gestão Participativa; Grupo de Trabalho Humanizado (GTH); Acolhimento; Clínica Ampliada e a concepção da PNH, conforme os futuros fisioterapeutas. Essas literaturas serão a base de análise da efetividade da política.

O estudo a ser elaborado almeja contribuir na reflexão e análise dos gestores públicos, profissionais da área de saúde e usuários sobre os fatores que levam ao sucesso ou o fracasso da PNH.

1. CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Neste capítulo, considerando a construção do Sistema Único de Saúde, apresentamos alguns dos principais desafios que a sua institucionalização trouxe para as práticas neste setor, finalizando com o desafio à qualificação do próprio atendimento em saúde.

1.1. Um breve histórico na construção do SUS

Antes da criação do SUS, o acesso a assistência à saúde era limitado. Somente os trabalhadores formais, aqueles que tinham carteira assinada, seus dependentes eram submetidos aos tratamentos médicos ofertados pelo Estado. O Ministério da Previdência Social era o órgão responsável por esses serviços. As pessoas que podiam custeá-la recorriam aos atendimentos da iniciativa privada. Já os pobres e sem carteira assinada eram atendidos pela Santa Casa de Misericórdia e outras instituições de saúde de caridade. Além disso, havia os hospitais colônia (psiquiátricos, hansenianos, tuberculosos), no setor público, até mesmo como forma de “tirar” estas pessoas do convívio social. A saúde não era um direito de todos e possuía um significado bem singular como “ausência de doença”. Combater as suas causas não era relevante e todo o tratamento era em volta da cura.

A partir do século XX, o Estado passou a entrar duramente na prevenção, especialmente movido pelos interesses dos fazendeiros do café que viam ameaças à exportação na disseminação de doenças como varíola ou peste nas cidades portuárias. Nessa época Oswaldo Cruz conduz as primeiras campanhas. A parte da prevenção da doença, as campanhas de vacinação, ficava a cargo do Ministério da Saúde (MS). Havia uma fragmentação na prestação dos serviços de saúde que era todo centralizado na esfera do governo federal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

No início da década de 1970, num contexto de conflitos entre as forças democratizantes e a ditadura e crise econômica, com a ruína do “milagre econômico”, surge o “movimento sanitário”. Este era constituído por vários integrantes da saúde e profissionais de diversas áreas que desejavam a reforma sanitária devido à precariedade do serviço na área da saúde e a péssimas

condições de vida das pessoas. O movimento era orientado na concepção de que a saúde é um direito de todos e é dever do Estado prover a garantia do acesso a saúde a toda população.

O cenário de crises em que o Brasil convivia era a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, a falta da integralidade nas ações, a gestão centralizada no governo federal e a participação mínima dos cidadãos na política de saúde. Com o processo de abertura política, que levou ao fim do regime ditatorial, entraram em cena os atores do “movimento sanitário”, cujo acúmulo de experiências institucionais e organização social culminou na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, já no ano de 1986. Esse movimento reuniu vários segmentos da sociedade civil, dentre os quais dona de casa, médicos, enfermeiros, religiosos, trabalhadores de sindicatos e servidores de postos e secretarias de saúde, além de representantes governamentais e de prestadores de serviços. Ao final, todos convergiram na defesa da universalização do acesso ao sistema de saúde e melhoria nas condições de vida.

O marco institucional da reforma do sistema de saúde brasileiro foi, de fato, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que não apenas contou com o apoio do MS (NORONHA, LIMA; MACHADO, 2008), mas fez com que as reivindicações do “movimento sanitário” e que foram traduzidas nas resoluções dessa conferência fossem as bases de sustento dos direitos de cidadania consagrados posteriormente na Constituição Federal de 1988.

1.2. O SUS e a Constituição Federal de 1988

O SUS surgiu como resposta à insatisfação e descontentamento da parte da sociedade brasileira com o modelo de atenção à saúde baseada na atenção curativa, individual e centrada no hospital. Ele enfatizou a saúde como parte da conquista dos direitos de cidadania e foi instituído pela CF/88 em seu artigo 196, como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito de saúde como um “direito de todos” e “dever” do Estado, conforme:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

A saúde não significava mais “o estado de não doença”, e seu conceito foi ampliado de modo a abranger o bem-estar e qualidade de vida da população. Nessa nova concepção, entende-se que quanto maior o nível sócio econômico de um país, maior o nível de saúde da população.

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990, Art. 3).

Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que detalha o funcionamento do sistema, estabelecendo os princípios e diretrizes do SUS. Posteriormente foi aprovada a Lei nº 8.142/90, regulamentando o financiamento do SUS e os repasses do governo federal para os governos estaduais e municipais e a definição das normas para a participação da sociedade nas formulações das políticas públicas de saúde.

Mais tarde, em setembro de 2000, foi publicada a Emenda Constitucional nº 29, cuja regulamentação ocorreu por projeto de lei 01/2003. O PL 01/2003 apresenta como objetivo a atualização dos cálculos mínimos destinados à saúde a fim de se obter mais recursos para a consolidação do SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O SUS é um sistema público de saúde baseado nos preceitos constitucionais, tendo como pilares de sustentação a universalidade, a equidade e a integralidade nos serviços e ações de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

O acesso à saúde, que antes era permitido somente a quem podia custeá-la, passa a ser, com o a universalização da saúde, de todos os cidadãos que passaram, assim, a ter direito à assistência à saúde independente de raça, crenças, nível econômico e se contribuem ou não com a previdência social. Logo é dever dos diferentes níveis federativos, seja ele federal, estadual ou municipal, garantir o acesso à saúde de toda população, inclusive aos estrangeiros que estiverem em território nacional, nos serviços oferecidos pelo SUS.

A equidade na saúde pode ser compreendida “como princípio complementar ao da igualdade” e que “significa tratar as diferenças em busca da igualdade” (ELIAS, 2008, p. 14). O SUS não pode ignorar as peculiaridades individuais do cidadão, mas tratando-os, todos, igualmente. Deve-se assegurar ações e serviços de saúde conforme a necessidade de cada um, porém tendo como perspectiva a diminuição das desigualdades de grupos com necessidades diferenciadas como riscos e/ou exposição maior ou menor a determinadas doenças, violências e acidentes.

Cuidar da saúde vai muito além de curar a doença. Requer a integralidade na garantia das ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Para Vasconcelos e Pasche (2006, p. 535), a integralidade na saúde “orientou a expansão e qualificação das ações e serviços do SUS que ofertam desde um elenco ampliado de imunizações até os serviços de reabilitação física e mental, além das ações de promoção da saúde de caráter nacional intersetorial”.

Para que o SUS possa ter um funcionamento de qualidade, foram estabelecidas as diretrizes organizativas do sistema: a descentralização, a regionalização e hierarquização dos serviços e a participação da população, mediante o artigo 198:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade

Parágrafo único: o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

O princípio da descentralização responsabiliza conjuntamente a União, os Estados e os Municípios para garantir serviços qualificados e eficientes de saúde aos cidadãos. Não há hierarquia entre os entes federativos, e sim competências específicas para cada um. Todas as responsabilidades pela saúde no plano federal, tais como a formulação das políticas nacionais de saúde, planejamento, criação de normas, avaliação e utilização de instrumentos para o controle do SUS, ficam a

cargo do MS. As secretarias estaduais e as secretarias municipais de saúde ficam responsáveis, respectivamente, pelo Estado e Município. Estes são encarregados pela implementação da política de saúde nas respectivas jurisdições. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A descentralização dos serviços públicos de saúde resultou na municipalização da saúde, uma vez que “as definições normativas apontaram com nitidez que a base do sistema de saúde seria o municipal ao atribuir ao municípios a responsabilidade pela prestação direta da maioria dos serviços” (VASCONCELOS E PASCHE, 2006, p. 536).

Para o avanço da descentralização torna-se necessária a regionalização. Esta consiste na pactuação entre os gestores municipais e estaduais na implementação de políticas de saúde a fim de proporcionar todos os serviços de saúde necessários para o bem estar dos cidadãos. Muitos municípios brasileiros não conseguem prestar um atendimento integral de saúde para a população, muitas das vezes, por causa de falta de recursos humanos, financeiros e materiais ou então, porque sua população é pequena, tornando inviável a construção de hospitais ou serviços especializados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, *ibidem*). Segundo Ugá e López (2007) mais de 70% os municípios brasileiros têm até 20 mil habitantes e que de acordo com parâmetros da literatura, um hospital só é viável economicamente quando tem pelo menos entre 100 e 450 leitos.

O Sistema de saúde é um sistema hierarquizado. O acesso da população à rede de serviços de saúde deve se dar primeiramente por meios de nível básico de atenção como postos de saúde, centros de saúde, unidades de saúde da família. Somente depois de passar por esse atendimento é que o cidadão será encaminhado para serviços de maior complexidade tecnológica, a fim de obter a resolução do problema. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, *ibidem*), salvo nos casos de urgências e emergências, em que outros equipamentos para atendimento imediato são mais adequados como pronto atendimentos ou pronto socorros.

Para uma maior legitimidade ao sistema, a constituição de 1988 ampliou a participação da população e o controle social no processo de formulação das políticas públicas de saúde e no controle de sua execução. A participação pode ser feita mediante instâncias colegiadas de representantes de vários segmentos sociais como Conselhos de saúde e Conferências de Saúde. Todos Estados e Municípios devem dispor de Conselhos de Saúde cuja função é deliberativa e possui

representação paritária de usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviços e gestores. As Conferências de Saúde tem por finalidade avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de gestão, e ocorrem a cada quatro anos em todos os entes federativos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No artigo 199, a Constituição permite a participação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde de forma complementar, porém estes serviços devem estar em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

Portanto o SUS é definido como:

“... arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim”. (VASCONCELOS e PASCHE, 2006, p. 531).

Na visão de Paim (2009) a democracia na saúde foi consagrada nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, os quais garantem a universalidade do acesso à saúde, a integralidade e a equidade da atenção, a descentralização na gestão e execução das ações de saúde, e a participação ampliada da sociedade na política pública de saúde.

1.3. Desafios no SUS

Segundo Barbosa (s. data), o SUS ainda não está totalmente alicerçado e precisa superar vários desafios para tornar-se um sistema de saúde preconizado na constituinte. A universalidade no acesso à saúde gerou um grande movimento de inclusão social, mas o Brasil não estava e ainda não está preparado para a efetivação plena das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de toda população, uma vez que a saúde dos cidadãos depende também de investimento de recursos e de políticas sociais e econômicas.

O aumento acelerado da urbanização nas cidades, passando de 31% em 1940 para 81% em 2000, contribuiu para a construção de cidades desprovidas de

infraestrutura adequada de serviços públicos. Muitas delas, sendo na região Norte a maior porcentagem em relação a outras regiões, não possuem saneamento básico, água tratada e coleta de lixo adequado, resultando na transmissão da dengue e várias doenças infecciosas como diarreia e hepatite. (BARBOSA, *ibidem*).

A taxa de o analfabetismo no Brasil ainda é elevada, principalmente quando se considera o analfabetismo funcional, que consiste em pessoas com 15 anos ou mais de idade e menos de quatro anos de estudo. Este analfabetismo atinge 20,3%, sendo o Nordeste a região que apresenta a maior taxa, 18,7%, e o Sul a menor, 5,5%. Estudo revela que pessoas com onze anos ou mais de estudos são as que praticam mais exercícios físicos e fumam menos que aquelas que têm menos de um ano de instrução. Portanto a alfabetização é um determinante positivo na prevenção de doenças crônicas como tabagismo, obesidade, hipertensão, dentre outras. (BARBOSA, *ibidem*).

A falta do comprometimento dos repasses e do financiamento do SUS pelos governantes produz um sistema de saúde diferente do estabelecido pela Constituição de 1988. No Brasil, o gasto total com saúde representa 8,4% do nosso Produto Interno Bruto, mas somente 42% desse total corresponde a gastos públicos. Esse descaso na saúde pública contribui fortemente para a má qualidade dos serviços prestados pelo sistema. (BARBOSA, *ibidem*).

As verbas destinadas ao custeio e investimento do SUS são, portanto, insuficientes, necessitando, o sistema, da garantia de fontes estáveis de financiamento para seu sustento. Apesar da aprovação da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 ter sido um passo importante nesse amparo, ainda assim precisa de mais recursos. Além disso, o SUS sofre com os atrasos do repasse das verbas destinadas à saúde, deixando a população sem a garantia de serviços de saúde de qualidade. (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Na análise de Assis e Jesus (2012), a cobertura duplicada dos serviços de saúde existentes no Brasil implica em desigualdade e na exclusão social. Tanto o governo quanto os planos e seguros privados contratam serviços de saúde. Os recursos destinados ao pagamento dos serviços privados de saúde contratados pelo governo são investidos nos serviços de média e alta complexidade desses estabelecimentos, porém a disponibilidade desses serviços são maiores para o segmento suplementar. Devido a este comportamento, o acesso a esses serviços

torna-se fragmentado e está distante de ser universal porque os usuários do SUS acabam sendo excluídos desses serviços.

Na visão de Mattos (2009) a CF/88 consagrou o SUS diferente daquele almejado pelo movimento sanitário. Somente a universalidade ao acesso e a equidade nas ações de serviços de saúde foram inseridas na Constituição conforme os anseios do movimento. A Constituição, ao assegurar a iniciativa privada a prestação de serviços de saúde de forma complementar, contribuiu para que o SUS deixasse de ser o único sistema de saúde preconizado pelo movimento. Por causa da abertura à iniciativa privada, a procura pela saúde suplementar vem crescendo significativamente nos segmentos da classe média, pois acredita-se que a qualidade da prestação de serviços oferecidos por esse sistema é muito superior ao do SUS. Essa migração crescente para a saúde suplementar reflete no pouco caso em que os governantes vem tratando o SUS.

No entanto, muitos cidadãos preferem custear um plano de saúde privado a serem tratados pelo SUS, que realiza serviços gratuitos e tem a garantia do acesso universal. Estima-se que se nenhuma atitude for tomada pelos gestores, o SUS permanecerá prestando serviços insatisfatórios a população e mais pessoas recorrerão aos planos de saúde e seguros privados, deixando de utilizar o sistema. Então o SUS, que foi criado para atender todas as classe sociais, tendo como base a universalidade, a equidade e a integralidade, tornará de uso exclusivo da população mais pobre. (BARBOSA, *ibidem*).

Outro desafio para o SUS é os gestores estarem atentos às particularidades e às necessidades de cada região e estado do Brasil. Atualmente a esperança de vida ao nascer da população brasileira aumentou, mas há diferença entre nascer em um estado ou em outro. Estudo revela que um indivíduo que nasce e mora em Alagoas vive oito anos a menos em relação a outro que nasce e mora no Distrito Federal. (BARBOSA, *ibidem*).

A incidência da AIDS na região Sudeste apresenta uma redução maior que as regiões Sul e Centro-Oeste. Enquanto nas regiões Norte e Nordeste, a epidemia da AIDS continua em expansão. Em relação à tuberculose a região Norte e Sudeste apresentam maiores incidência dessa doença. Já a malária é uma doença que está praticamente concentrada na região amazônica. (BARBOSA, *ibidem*).

Segundo Paim e Teixeira (*ibidem*), para haver a consolidação do SUS almejada pelo movimento sanitarista, deve-se construir uma “nova

institucionalidade”. Para isso, devem ser desamarrados “nós” oriundos do legado brasileiro como o patrimonialismo, o clientelismo, o autoritarismo e a burocracia. Tais práticas engessam a máquina pública e comprometem a formulação, a implantação e a execução das políticas públicas de saúde no sistema. No entanto, essa “nova institucionalidade” requer gestores capacitados e comprometidos com a saúde pública no comando em todos os níveis federativos e não o amadorismo provenientes das práticas clientelista.

Na visão de Assis e Jesus (*ibidem*) a consolidação do SUS depende da ampliação ao acesso ao serviço prestado pelo sistema para todos segmentos sociais, incluindo o acesso aos grupos específicos como as classes mais pobres, os idosos, os portadores de todo tipo de deficiência, os portadores de doenças contagiosas, infecciosas e crônicas (diabetes e hipertensão arterial). A concretização da equidade e da universalização do acesso depende da atuação conjunta dos gestores, usuários e profissionais de serviços de saúde na efetivação desse objetivo. E a busca de soluções e formulação de políticas públicas para as demandas reprimidas necessita do controle social. (ASSIS & JESUS, *ibidem*).

Logo o SUS precisa de gestores que reafirmem os laços do comprometimento com a saúde pública e que busquem soluções técnicas e gerenciais apropriadas no combate à diminuição das desigualdades de condições de vida dos cidadãos através de investimento na educação, na segurança, nas obras de infraestrutura das cidades e saneamento básico, na valorização dos profissionais de saúde e, além disso, é preciso de financiamento e investimento suficiente para o sustento do SUS. (BARBOSA, *ibidem*).

Embora o SUS tenha muitos desafios a serem superados, não se pode negar que o SUS trouxe melhorias na assistência da saúde e favoreceu para o fortalecimento da direitos de cidadania. O SUS tem um longo caminho pela frente até chegar no sistema de saúde idealizado pelo “movimento sanitário” e no SUS que nós queremos. Portanto somente diante de gestores engajados no comprometimento com a saúde pública da população, o SUS poderá ser reconstruído nos moldes do projeto sonhado pelo movimento sanitário:

O projeto do SUS é uma política de construção que visa a ampliação da esfera pública, a inclusão social e a redução das desigualdades. Todas as propostas devem ter como principal objetivo a melhoria das condições de saúde da população brasileira, a garantia dos direitos do cidadão, o respeito

aos pacientes e a humanização da prestação de serviços (PAIM; TEIXEIRA, *ibidem*, p. 1820).

Um dos desafios centrais para o SUS é o “incremento da qualidade do atendimento”. Este aspecto será abordado no próximo capítulo, aonde irá se inserir a “Política Nacional de Humanização”, que é “objeto deste trabalho”.

2. ANTECEDENTES DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Neste capítulo vamos apresentar a Política Nacional de Humanização, com resposta construída no âmbito do SUS, não apenas para dar conta dos desafios trazidos do ponto de vista das relações entre profissionais de saúde e usuários, mas inclusive às relações entre todos os sujeitos aí envolvidos, incluindo a relação entre gestores e profissionais.

2.1. Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar

A humanização na saúde vem sendo abordada desde 1999, quando o Ministério da Saúde (MS) propôs várias ações e programas voltados para a qualidade na atenção e satisfação dos usuários nos serviços de saúde, tais como a instauração do procedimento de Carta ao Usuário (1999); Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistencial Hospitalar (2000); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de atenção Humanizada de Recém-Nascido de baixo peso – Método Canguru (2000). A questão da humanização na saúde também se fez presente na XI Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 2000 que tinha como lema “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. (BENEVIDES & PASSOS, 2005).

Os participantes da XI CNS ressaltaram a importância dos usuários serem submetidos a um atendimento humanizado que ofereça “ações e serviços de saúde e de ampliação máxima da qualidade técnica da assistência requerida em cada caso ou situação, melhorando o acolhimento das pessoas e a capacidade resolutiva de cada tratamento.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 21). Para eles, a efetividade dos princípios do SUS garantirá o acesso a qualidade e a humanização dos serviços de saúde.

Segundo Costa (2004 apud BENEVIDES & PASSOS, 2005) a discussão em torno da humanização na saúde pode ser considerada desde 1960, quando o movimento feminista já lutava pela humanização das práticas em saúde da mulher,

direcionando suas reivindicações em prol da assistência ao parto humanizado e pela qualidade na atenção à saúde das mulheres.

Para Alves, Miotto e Gerber (2007), o tema da humanização acerca na atenção da qualidade do serviço de saúde pública foi introduzido a partir dos programas de humanização do pré-natal e nascimento, caminhou para os programas de acreditação, de qualidade e assistência hospitalar e se consolidou em 2000, com o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), proposto pelo MS. Mas em 2003 a PNHAH deixa de existir e nasce a Política Nacional de Humanização (PNH).

A criação do PNHAH foi a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para reverter o cenário de desumanização nos serviços hospitalares de saúde. José Serra, Ministro da Saúde da época, afirmou que havia uma deficiência na questão de humanização do atendimento e, na visão dos usuários, o acolhimento no atendimento e a sensibilização dos profissionais da saúde em compreendê-los seriam fatores mais importantes, mesmo diante da falta de médicos e deficiências na estrutura física da instituição. (LEITE e STRONG, 2006).

Embora a assistência à saúde não esteja restrita somente nos hospitais, o programa visava melhorar os serviços médicos hospitalares, pois eram provenientes desses locais as recorrentes denúncias de maus tratos com o usuário dos serviços de saúde. De acordo com o PNHAH (2001, p. 52) humanizar a assistência é:

Aceitar esta necessidade de resgate e articulação dos aspectos subjetivos, indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos. Mais do que isso humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto do aspecto físicos subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. Humanizar refere-se portanto à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento ao desconhecido e de reconhecimento dos limites.

As propostas do PNHAH, entretanto, se depararam com um cenário ambíguo em que a humanização era reivindicada pelos usuários e alguns poucos trabalhadores, sendo ridicularizadas por muitos gestores e profissionais que consideram a prática da humanização inerente à atuação dos profissionais da saúde, não carecendo de iniciativa ou programa específico. Os usuários almejavam a atenção com acolhimento e de modo resolutivo; os trabalhadores reivindicavam melhores condições de trabalho e os críticos às propostas humanizantes na área da

saúde não acreditavam no modelo de atenção e gestão preconizado pelo programa. (BENVIDES & PASSOS, *ibidem*).

A implantação do programa teve a colaboração do MS, Secretarias Estaduais de e Municipais de saúde e entidades da sociedade civil, Grupos de Trabalhos de Humanização (GTH), gestores, profissionais de saúde e comunidade. Conforme afirmam Prizskulnik e Maia (2009, p. 84), “Uma cultura de humanização leva tempo para ser construída, envolve a participação de todos os atores do sistema e não é fácil de ser fotografada, medida ou contada”.

A propagação do PNHAH contou com grupos multiplicadores que foram distribuídos por todas as regiões brasileiras com a finalidade de criar Grupos de Trabalhos de Humanização (GTH) em cada hospital visitado. O GTH era constituído por representantes de cada categoria profissional, trazendo as diferentes perspectivas para que conseguisse debater sobre a humanização, principalmente no que se refere ao atendimento hospitalar. As missões desse grupo compreendiam “difundir os benefícios da assistência humanizada; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento da instituição; propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; divulgar e fortalecer as iniciativas humanizadoras já existentes; melhorar a comunicação e a integração do hospital com a comunidade de usuários”. (BRASIL, 2001, p. 16).

A rede nacional de humanização foi a responsável pela divulgação das iniciativas humanizadoras. Para ter acesso a elas, qualquer pessoa poderia cadastrar para receber informações a respeito da humanização no seu e-mail e, ao acessar o portal do MS, informações sobre humanização e o andamento do Programa estavam disponíveis para consulta. Embora o portal permitisse trocas de informações e experiências entre as instituições, a implantação da humanização também dependia da capacitação das instituições e de seus profissionais, pois pouco resolveria um bom projeto de humanização se os hospitais não pudessem contar com os trabalhadores habilitados e sensibilizados com o programa. (OLIVEIRA, COLLET & VIERA, 2006).

O programa direcionou a humanização para a melhoria na qualidade da assistência do usuário, mas não abordou adequadamente a situação do profissional de saúde, geralmente mal remunerado e desgastado por ter que fazer jornada dupla ou tripla, trabalhando em péssimas condições de trabalho e sem tempo para se dedicar à atividades de aperfeiçoamento e qualificação, bem como à família e ao

lazer. A humanização, considerando o fato de que o cuidado em saúde envolve relações humanas com pelo menos dois polos, deveria portanto abarcar usuários, profissionais de saúde e gestores, uma vez que ela dependeria de iniciativas que valorizassem a qualidade da assistência do cuidado do ponto de vista técnico, valorizando o profissional da saúde e reconhecendo os direitos, as peculiaridades e a cultura do paciente. (DESLANDES, 2004).

O PNHAH teve como objetivo de pôr em prática os princípios do SUS, como a integralidade da atenção à saúde, mas para sua efetivação, a qualidade e a eficácia da atenção aos usuários dos hospitais bem como a mudança nas relações de trabalho e a valorização do profissional nos hospitais públicos tornar-se-iam fatores imprescindíveis a serem enfrentados.

Na compreensão de Oliveira (2007) a humanização na saúde requer mudança na cultura institucional, para isso os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais de usuários e profissionais de saúde devem ser valorizados e reconhecidos.

Entretanto, a despeito dos esforços, o programa não modificou o direcionamento da assistência à saúde. Manteve o mesmo caminho em busca de ações de humanização realizadas tanto no nível local como nacional, e as ações continuaram fragmentadas e focalizadas em algumas áreas, como a da saúde da mulher e da criança, trabalhando em frentes como a humanização do atendimento; humanização do acolhimento; humanização do parto; humanização da gestão; dentre outras, e quase que exclusivamente em hospitais. (BENEVIDES & PASSOS, *ibidem*).

No primeiro mandato do governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, com a formação de uma nova equipe no MS, os novos integrantes desse ministério começaram a acompanhar todas as ações, programas, políticas que estavam sendo desenvolvidos na área da saúde. Detectaram que as ações de humanização, embora fossem exitosas, estavam ou localizadas no hospital ou numa linha de cuidado (ao recém-nascido, ao parto), fragmentadas e muitas vezes identificadas em questão de gênero, e localizadas em certos profissionais de saúde. Na visão de Benevides & Passos, *ibidem*, a humanização expressa em ações fragmentadas ganha uma conotação assistencialista dependente da boa vontade do ser humano.

Em 2003, o programa de humanização foi ampliada e o PNHAH passou por revisões, avaliações e alterações, transformando-se em uma política: a Política

Nacional de Humanização (PNH), direcionada para fazer transformação nos modos de atenção e gestão do SUS.

2.2. Política Nacional de Humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH) buscou um modelo de atenção e gestão na saúde onde todos os atores (profissionais, gestores, usuários) estivessem inseridos no processo de produção de saúde. A finalidade da PNH consistia no avanço em direção à ampliação da qualidade da atenção prestada pelo SUS. A humanização teve seu conceito ampliado e passou a não ser mais vista como um “programa a mais a ser aplicado aos diversos serviços saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS”. (BRASIL, 2004).

A Humanização vista não como programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implica em:

- Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
- Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários. (BRASIL, 2006, p. 14).

A PNH reconhece o SUS e acredita que há um SUS que dá certo, embora apresente vários desafios e problemas a serem superados como o subfinanciamento. No entanto, os problemas decorrentes da má qualidade da assistência à saúde podem ser resolvidos na medida em que a capacidade de análise dos sujeitos implicados com o processo de produção de saúde seja ampliada, a ponto de construir juntos e coletivamente estratégias que visem à qualidade na atenção à saúde, à garantia da integralidade e à garantia de um cuidado que possa fazer em rede.

Os formuladores da PNH tomaram como decisão, ético-político-estética, não instituir decretos, regras e portarias nesta política, pois compreenderam que a PNH deveria ser composta pela difusão de experiências bem-sucedidas do SUS. (BRASIL, 2004).

Em sua proposta, a PNH trouxe a necessidade de agregar, para que caminhassem juntas, a atenção e a gestão em saúde, a fim de alcançar a qualidade almejada na saúde pública. Propôs mudar o modelo de atenção no SUS e fazer valer os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, uma vez que o SUS humanizado reconhece qualquer indivíduo como legítimo cidadão de direitos, e valoriza os diferentes sujeitos implicados na produção de saúde. (BRASIL, *ibidem*).

Somente existiria processo de humanização no trabalho quando houvesse interferência no modo de produção de saúde e não, simplesmente, no modo como o profissional recebe um usuário num determinado local ou num ponto de serviço onde ele se encontra. A PNH permitiria ao trabalhador, bem como ao usuário e ao gestor, fazer uma análise do processo de trabalho e construir as possibilidades e estratégias de interferência no processo de trabalho.

A PNH introduziu, assim, novos princípios, métodos, diretrizes e dispositivos, se propondo a atuar como uma ferramenta para operar mudanças na saúde pública. (BRASIL, *ibidem*).

A PNH se orienta por três princípios, que devem ser respeitados por todos envolvidos no processo da produção de saúde. Consistem na transversalidade; indissociabilidade entre gestão e atenção e protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. (BRASIL, 2006).

A transversalidade propõe o aumento do grau de comunicação entre os sujeitos envolvidos na produção dos serviços de saúde. Mas, para que a efetividade do grau de comunicação aumente, requer necessariamente uma transformação nos modos de comunicação e de relação entre as pessoas envolvidas no processo de saúde. Na produção de saúde, não se deve prevalecer a comunicação hierárquica ou corporativa. A hierárquica promove a desigualdade entre os sujeitos enquanto a corporativa fomenta a comunicação lateral, ou seja, envolve somente as mesmas classes profissionais: como enfermeira com enfermeira, médico com médico, etc,. Estes tipos de comunicação impedem o trabalho em equipe e contribui com a má qualidade na produção de saúde.

No modelo de atenção e gestão inserido na PNH, a comunicação preponderante é a transversal. Esta facilita a lateralidade e a conversa entre aqueles que são desiguais no processo, permitindo que o usuário, a faxineira, o enfermeiro, o médico, o gestor, enfim, todos, tenham voz e vez no processo de gerir e atender saúde. (BRASIL, *ibidem*).

A qualidade na produção dos serviços de saúde requer a compreensão dos gestores, usuários e profissionais da saúde de que ela somente pode ser incrementada se houver a indissociabilidade entre a gestão e a atenção. As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde, portanto os trabalhadores e os usuários devem conhecer o funcionamento da gestão e participarem ativamente no processo de tomada de decisões nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Da mesma forma o cuidado e a assistência à saúde não podem ser de responsabilidade exclusiva da equipe de saúde. O usuário, juntamente com seus familiares, deve fazer parte desse processo de produção de saúde e, em certos momentos, até se posicionarem contrários em determinados tratamentos médicos. (BRASIL, *ibidem*).

O princípio do protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos valoriza a produção de conhecimento coletivo nos encontros entre os sujeitos implicados na produção de saúde. Esses encontros tornam a atenção e gestão no SUS mais concretas porque compartilham responsabilidades e oferecem oportunidades para produzir mudanças e de gerar autonomia entre os atores. Além disso, fortalece o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às reivindicações de gênero, cor/etnia, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos. (BRASIL, *ibidem*).

O caminhar da PNH, deste modo, passou a depender de métodos cujo princípio seria o da tríplice inclusão, definida como inclusão dos diferentes agentes (profissional, usuário e gestor) implicados no processo de produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho de saúde. Este princípio desestabiliza os modelos tradicionais de atenção e gestão por acreditar que a produção de saúde depende da comunicação, solidariedade e respeito entre os atores envolvidos.

As orientações da PNH se expressam no método da inclusão e direcionam no sentido da: Clínica Ampliada; da Co-gestão, do Acolhimento; da Valorização do Trabalho e do trabalhador de saúde; da defesa dos Direitos do Usuário; do fomento das Grupidades e Coletivos em rede e da Construção da memória do “SUS que dá certo”.

No entanto, se todo cidadão tem direito a uma equipe de saúde que cuide dele, do começo ao fim da cadeia de produção de saúde, ele deveria também ser incluído na construção do seu diagnóstico e do seu próprio tratamento. A clínica ampliada preza o trabalho em equipe multidisciplinar e rompe a lógica da queixa-

conduta e medicação, ao construir espaço de discussão dos casos de usuários que estão demandando alguma atenção. Estes espaços viabilizam a construção de projetos terapêuticos que são feitos para os pacientes, respeitando sua singularidade.

Para promover as mudanças nos modelos de atenção e gestão tradicional vigente do SUS, a PNH desenvolveu vários dispositivos com o objetivo de potencializar o funcionamento das práticas de produção de saúde. (BRASIL, *ibidem*).

Os dispositivos consistem em:

- Acolhimento com classificação de risco (ACR): ampliar o acesso aos serviços de emergência e reduzir as filas e o tempo de espera dos pacientes para o atendimento médico;
- Equipes de Referência e de Apoio Matricial: tornar o usuário como centro do processo gerencial e da atenção para que a humanização da gestão e da atenção aconteça ao mesmo tempo;
- Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva: elaborar plano de ação individual ou em comunidade, respeitando a singularidade de cada indivíduo;
- Projetos de Construção Coletiva da Ambiência: melhorar as condições de trabalho e atendimento;
- Colegiados de Gestão: buscar o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação entre gestor, trabalhador e usuário;
- Contratos de Gestão: firmar contratos entre instituição de saúde com acompanhamento de comissões de trabalhadores, gestores e usuários, buscando ampliação do acesso, qualificação e humanização da atenção, valorização dos trabalhadores e o compromisso da sustentabilidade da unidade;
- Sistemas de Escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação: criar espaço de escuta com mecanismo de retorno e encaminhamento dos problemas identificados para que usuários, trabalhadores da saúde possam fazer elogios, críticas, dar sugestões, ideias;

- Projeto “Acolhendo os familiares/rede social participante” Visita Aberta, Direito de Acompanhante e envolvimento no Projeto Terapêutico: permitir que as pessoas do convívio social do doente possa estar com ele durante o tempo em que estiver no hospital, contribuindo na sua reabilitação;
- Programa de Formação em Saúde e Trabalho e Comunidade Ampliada de Pesquisa: promover o desenvolvimento, autonomia e protagonismo da equipe de saúde e população por meios de sistemas e mecanismos de comunicação e informação;
- Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde: construir ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde;
- Grupo de Trabalho de Humanização: construir espaço coletivo organizado, participativo e democrático, a fim de que os princípios do SUS sejam resgatados em benefícios do usuário e trabalhadores da saúde.

O sucesso de uma política pública depende da sua efetividade. Este tema será abordado no próximo capítulo, baseada na avaliação da literatura brasileira.

3. A IMPLEMENTAÇÃO DA PNH, SEGUNDO A LITERATURA BRASILEIRA

A PNH foi criada para mudar a realidade de diversas instituições brasileiras, marcadas pela fragmentação dos processos de trabalho, verticalização na tomada de decisões, ausência de espaços democráticos, modelo biomédico¹ e tecnicista² e tratamento realizado através da queixa-conduta³. Para mudar este cenário, a PNH buscou um modelo de atenção e gestão na saúde que operasse transversalmente em toda rede SUS, onde trabalhadores, gestores e usuários estivessem inseridos no processo de produção de saúde. A PNH acredita que não deve haver separações entre os “que pensam e os que fazem, entre os que planejam e os que executam, entre os que geram e os que cuidam” (FILHO, et al., 2009, p. 604), por isto faz necessário a criação de espaços coletivo de produção de saberes, de negociação e de gestão.

Neste terceiro capítulo iremos discutir aspectos relacionados à implementação da PNH a partir de registros de resultados de pesquisas e artigos que a avaliaram. Inicialmente tratamos de um estudo relacionado ao desafio da implementação de uma forma mais geral, abordando a multiplicidade de agentes envolvidos e as dificuldades de se manter o processo. Em seguida, analisamos estudos agrupando-os pelos resultados relacionados aos diferentes dispositivos previstos na PNH, tais como a ouvidoria, a gestão participativa, o acolhimento e outros.

3.1. Conceitos de implementação

A implementação de políticas públicas baseia na execução das atividades propostas na formulação da política, buscando concretizar as metas estabelecidas.

¹ Inspirado na visão mecanicista, na qual compara o corpo humano como uma máquina com várias peças. É centrado na doença e voltado para o diagnóstico e a terapêutica.

² Considera somente o conhecimento técnico, deixando de lado todas as dimensões do ser humano, ou seja, a biológica, psicológica, social, cultural e histórica.

³ Pouco centrado no cuidado do paciente, concentra no procedimento, diagnóstico e na prescrição médica.

A literatura mostra dois tipos de implementação: *top-down* ou desenho prospectivo e *bottom-up* ou desenho retrospectivo.

Na implementação *top-down*, “os formuladores das políticas controlam os processos organizacionais, políticos e tecnológicos que condicionam a implementação”. (LIMA & D’ASCENZI, 2013, apud ELMORE, 1996, p. 254). Dessa forma, os implementadores ficam condicionados às determinações dos formuladores para a execução da política. As normas das metas definidas devem ser claras e de fácil compreensão para os implementadores entenderem os objetivos propostos.

O modelo *bottom-up* valoriza os conhecimentos dos implementadores na execução da política, pois são eles conhecedores das situações locais, e podem fazer os acertos necessários para o sucesso da implementação. A discricionariedade permite mudança na política pública a medida em que ela vai sendo executada. (LIMA & D’ASCENZI, 2013).

3.2 . O desafio da implementação

Estudo de caso realizado em 2010, em um hospital geral público localizado em Belo Horizonte, teve como objetivo analisar a implementação da PNH em um estabelecimento hospitalar do SUS, destacando os avanços e limites bem como facilitadores e obstáculos, especialmente no caso da gestão participativa dentro desta instituição⁴.

O estudo mostrou que durante a implantação houve construção de espaços coletivos como o colegiado, as rodas de conversas e oficinas, com a finalidade de que os gestores, trabalhadores e usuários construíssem propostas e buscassem, juntos, soluções para assistência à saúde. No início houve muitas participações dos trabalhadores nestes espaços, mas com o passar do tempo a presença deles foi

⁴ Dentre os fatores que levaram à escolha deste hospital para realização do estudo de caso estão: a fase avançada de implantação da PNH e por ser considerado referência nacional de implantação desta política pública pelo MS. (PEREIRA e NETO, 2015). Para a coleta de dados, além das fontes documentais e observações, foram entrevistados cinco pessoas capacitadas para tal finalidade. Destas, duas são gestoras do hospital pesquisado e participaram ativamente da implantação da política, um é servidor da Secretaria Municipal de Saúde de BH que teve participação importante neste processo e dois são consultores do Ministério da Saúde, sendo um deles membro do grupo formulador da PNH.

decrecendo devido à baixa capacidade deliberativa e de efetividade do espaço de decisão colegiada. Para os gestores, o declínio da participação foi atribuído às relações de poder, levando os trabalhadores a se intimidarem durante as reuniões, com receio de penalidades posteriores.

Percebeu-se, ainda, que não houve continuidade na criação dos espaços coletivos desse hospital, uma vez que a cogestão ou gestão participativa traz inovação no modelo de gestão tradicional e introduz mudanças na gestão, por meio da descentralização das decisões em vários níveis da instituição. As relações hierárquicas devem dar espaço para a abertura à participação e à democratização do poder, resultando no fim das decisões tomadas de cima para baixo e, ao mesmo tempo, inserindo responsabilidades para os atores implicados nesse novo modo de gerir.

Nesse hospital, foram implantadas várias diretrizes e dispositivos, tais como Cogestão (Colegiado Gestor e Contrato de Gestão); Clínica Ampliada (Equipe Transdisciplinar de Referência); Acolhimento (Acolhimento com Classificação de Risco); Defesa dos Direitos do Usuário (Visita Aberta, Direito de Acompanhante). Entretanto, segundo constatado no estudo, os trabalhadores não acreditaram na efetividade da PNH por diversos motivos: eles entenderam que a PNH contemplava somente os usuários; dificuldades em trabalhar em equipe e os que trabalham no pronto-socorro conviviam com as pressões relativas ao trabalho e metas de produção, não conseguindo pôr em prática a maioria das determinações do dispositivo ACR.

Já para os gestores, o descrédito da política esteve diretamente relacionado à substituição de vários funcionários, vinculados ao estabelecimento por via de contratos administrativos, e que participaram na implantação da política, envolvendo principalmente os funcionários concursados e à falta de continuidade da manutenção da mobilização dos trabalhadores através de criação das rodas de conversas e oficinas.

Na percepção dos autores Pereira e Neto (*ibidem*, p. 77), o envolvimento dos trabalhadores é essencial na implantação da política pública de saúde, e três conhecimentos são necessários devido à complexidade da política:

- 1- Não há mobilização sem implicação, carece-se de engajamento e interesse dos atores que se propõem a implantá-la para promover alterações e mudanças;

- 2- A política não se efetiva de forma homogênea e linear, seja nos diferentes serviços, seja nas diferentes instâncias de um mesmo equipamento de saúde; portanto, deve-se partir dos saberes e conhecimentos acumulados por quem se ocupa da prática diária, reconhecendo as especificidades existentes em cada localidade;
- 3- Novos arranjos dependem amplamente dos trabalhadores para a sua funcionalidade, pois são nas ações cotidianas que se operam seus pressupostos e as mutações da realidade.

Portanto, Pereira e Neto, (*ibidem*, p. 67,) concluíram que “o esforço da fase de implantação e o apoio do Ministério da Saúde não se sustentaram a médio prazo no hospital”. A efetividade dos pressupostos da PNH depende de como será feita a implantação. “Para que isso ocorra é necessário intervir sobre a totalidade da conjuntura institucional”. Desta forma, as ações não ficarão restritas somente a gestores implicados, a equipes bem intencionadas, ou a grupos isolados, visto que a PNH propõe o envolvimento de todos atores envolvidos no processo de saúde. Gestores, trabalhadores e usuários devem ser ouvidos, respeitados e seus saberes considerados nesta construção.

A seguir apresentamos com mais detalhe aspectos relacionados aos dispositivos propostos pela PNH, mobilizando os registros da literatura sobre resultados trazidos em cada um deles.

3.3. Ouvidoria

A Ouvidoria é um dispositivo da diretriz *gestão participativa* e representa uma ponte destinada a ligar a instituição de saúde, usuários e profissionais da saúde. Ela tem por objetivo promover a participação dos usuários e trabalhadores através da escuta permanente e qualificada. Os problemas e situações conflituosas existentes no processo de trabalho são discutidos a fim de construir medidas coletivas para a resolução do problema. As manifestações dos trabalhadores e usuários (críticas, elogios, denúncias, sugestões, reclamações) são captadas pela Ouvidoria, a qual garante o encaminhamento e o retorno em tempo acordado.

Antunes LR (2008) investigou seu funcionamento por meio da pesquisa⁵ “Gestão Participativa em saúde: estudo e sistematização da produção acadêmica e das experiências de conselhos de saúde e conferências de saúde”, realizada em instituições públicas de saúde no município do Rio de Janeiro e que abrangeu 10 hospitais públicos desse município que possuem Ouvidoria. O objetivo do estudo consistiu em analisar o processo de implantação das ouvidorias do SUS e verificar se esse instrumento pode promover o aumento da participação social, tornando-se um importante controle social em saúde.

O estudo revelou que a maioria dos usuários não conhecia o serviço de Ouvidoria. Geralmente a divulgação desse serviço é feita pela “propaganda oral” dos profissionais ou por outros usuários, que já tiveram acesso a esse instrumento. Os poucos frequentadores não confiam nos resultados desse serviço que normalmente não apontam resolutividade, além do que há um desconhecimento expressivo da finalidade do serviço de Ouvidoria pelo próprio ouvidor.

Diante desses resultados, as ouvidorias do SUS analisadas, está longe de ser um espaço democrático de comunicação entre os usuários e o sistema de saúde, tornando-se ineficiente esse mecanismo de participação e controle social em saúde.

3.4. Gestão Participativa

A cogestão ou gestão participativa é um novo desenho de gestão que tem como finalidade a ampliação da democracia nas organizações de saúde por meio da criação de espaços coletivos de negociação, de trabalho e de gestão compartilhada entre os sujeitos envolvidos. Ela permite a inclusão de novos sujeitos, até então inabilitados para vocalizar suas preferências e interferir na organização do processo de trabalho em saúde, proporcionando a todos os atores implicados autonomia, liberdade e, ao mesmo tempo, responsabilidades. A efetividade da participação dos

⁵ Os participantes dessa pesquisa foram a equipe multidisciplinar de pesquisadores e professores do Instituto de Economia da UFRJ e do Instituto de Saúde Coletiva do Laboratório de Economia Política de Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro com o apoio da Secretaria de Gestão Estratégia Participativa do Ministério da Saúde.

atores nessa nova gestão propicia avanço na direção da integralidade da assistência e da resolubilidade dos problemas de saúde.

O estudo de caso realizado no Hospital Giselda Trigueiro (HGT) localizado na cidade de Natal/RN, em 2012, contou com a participação de 24 trabalhadores que vivenciaram a implantação do processo de gestão participativa. Os participantes foram gestor, gerentes de unidades funcionais de produção, profissionais de nível técnico e médio e trabalhadores terceirizados. O estudo utilizou de pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas. Foram abordadas as categorias percepção sobre gestão participativa; mudanças percebidas com a gestão participativa e percepção das dificuldades e desafios da gestão participativa (FREIRE et al., 2014).

O estudo revelou que os participantes apresentaram uma boa concepção do novo processo e perceberam os avanços da nova gestão do hospital, tornando-se mais democrática, aberta e horizontal. Mas as dificuldades apontadas na implantação do novo processo da gestão participativa são a falta de autonomia financeira das unidades assistenciais, as precárias condições de trabalho e o perfil profissional inadequado. Além disso, inclui a falta de apoio do governo, através da Secretaria Estadual de Saúde, ao processo instalado no HGT.

A desvalorização do trabalho e do trabalhador, por meio de salários defasados, a ausência de planos de cargos e carreiras e a sobrecarga de trabalho, também são fatores que desestimulam os trabalhadores, prejudicando a constituição de equipes de referência nas unidades de produção do HGT, além de provocar aumento nos índices de adoecimento e de absenteísmo e, conseqüentemente, desmotivação e desinteresse em se implicar com a gestão participativa. (FREIRE et al. p. 50, *ibidem*)

Outro ponto mencionado foi a constatação da pouca participação dos usuários no processo de cogestão. O firmamento da nova gestão depende da inclusão de novos sujeitos implicados na produção dos serviços de saúde e cabe, ao apoio institucional, levar estes usuários para os espaços de debate e reflexão acerca da implementação das propostas assim como fomentar a participação de gestores e profissionais da saúde nos espaços coletivos. (FREIRE et al., *ibidem*)

Para Fontana, 2010, torna-se desumano abordar a humanização, por meio de espaço de escuta e participação coletiva da gestão, e não reportar a situação degradante vivenciada pelos profissionais da saúde. Sobrecarga de trabalho e

funções, pouco recurso humano, salários baixos, condições de trabalho indesejada geralmente provocam estresses físico e emocional nos trabalhadores. Por isso “considera-se que não se institui uma política de humanização em cenários omissos à saúde do trabalhador, sua valorização e sua inclusão como co-gestor das práticas de cuidado”. (FONTANA, p. 202, *ibidem*).

3.5. Grupo de Trabalho Humanizado (GTH)

O GTH é um dispositivo de grande potencial para a implementação da PNH, pois é um espaço coletivo de organização, participação, e democratizações de decisões. Os profissionais de saúde, gestores e usuários se reúnem para refletir, analisar e discutir temas identificados aos problemas do cotidiano do trabalho. Neste encontro todos têm a garantia de voz para expressar o que pensam e propor alternativas tanto em relação à prestação e ao funcionamento dos serviços quanto aos meios de gestão. As ideias, sugestões, críticas, elogios das pessoas são importantes na construção de mecanismos que proporcionam ambiente favorável e qualidade na assistência à saúde.

Foi desenvolvida uma pesquisa em dois hospitais públicos de Estado de Santa Catarina, entre 2008 e 2009, a fim de analisar a eficácia dos Grupos de Trabalho de Humanização no processo de humanização da assistência à saúde a partir da compreensão dos usuários, profissionais e gestores. Foi constatado que maioria dos usuários não sabe o significado do termo “humanização” e os profissionais demonstraram conhecimento superficial a respeito de atendimento humanizado e da própria humanização. (GARCIA et al., 2010).

Em relação à PNH e ao GTH, foi revelado o desconhecimento total pelos usuários entrevistados, levando os pesquisadores a concluir que a atuação dos grupos no processo de humanização do atendimento não é eficaz.

O estudo ainda apontou um desconhecimento expressivo, por parte dos profissionais, e dentre os 64 profissionais entrevistados, apenas 19 haviam frequentado reuniões do GTH. Em relação aos gestores também verificou-se uma falta de conhecimento sobre a PNH e o GTH e a pouca participação destes no GTH. Essa revelação deixou os pesquisadores preocupados por se tratarem de gestores. (GARCIA et al., *ibidem*).

No mesmo estudo, alguns profissionais responderam que a atuação do GTH não contribuía para a humanização da assistência. Para eles a humanização depende de melhores condições de trabalho e melhores salários. Deslandes (2004 apud Garcia et al., *ibidem*) afirma que não existe humanização da assistência se a produção da assistência não for humanizada, para isso defende a valorização do profissional e o diálogo intra e interequipes. Esses profissionais normalmente são mal remunerados, tendo que sujeitar a fazer dupla ou tripla jornada de trabalho em péssimas condições de trabalho. Portanto dificilmente a humanização da assistência será alcançada se os profissionais que prestam atendimento não forem motivadoras e promotoras de ações humanizadoras, devido aos sentimentos de abandono pela PNH e à insatisfação das condições de trabalho.

A humanização da assistência vai, portanto, além de investimento em equipamentos e tecnologia, dependendo do acolhimento, respeito e escuta. Entretanto se faz necessária a humanização das condições de trabalho dos profissionais de saúde para que a prestação de serviço seja eficiente. (FONTANA, 2010).

Oliveira, Collet e Viera (2006) afirmam que outros fatores devem ser considerados na humanização da assistência à saúde, conforme:

Para a implementação do cuidado com ações humanizadoras é preciso valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, fomentar a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos, fortalecer o controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS, democratizar as relações de trabalho e valorizar os profissionais de saúde (p. 284).

Estudo realizado em 25 das 45 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Porto Alegre teve por objetivo analisar a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) naquela rede de atenção primária. Foram entrevistados 25 coordenadores de UBS (profissionais da enfermagem, médicos, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos) por meio de entrevistas semiestruturadas constituídas por algumas variáveis: conhecimento e entendimento da política pública por parte dos executores; condições organizacionais; e conformidade dos implementadores com os princípios e objetivos da política. (LIMA et al., 2014).

O GTH já tinha sido implantado nas gerências distritais pesquisadas, porém o estudo revelou que nove entrevistados não sabiam da sua existência, um afirmou que ele não existia e 15 disseram conhecer o grupo. Destes somente quatro frequentavam, e os restantes eram representados por outros funcionários da Unidade. Mas ao serem questionados quanto aos temas debatidos no GTH, eles não souberam identificar quais eram, levando os pesquisadores a concluir que os representantes não repassavam o assunto tratado nas reuniões para seus coordenadores. (LIMA et al., *ibidem*).

Em relação à cogestão, nenhum entrevistado mencionou ações em que estivesse a inclusão de usuários. Foi constatado que os profissionais de saúde das USB enxergavam os usuários somente do ponto de vista assistencial, ao passo que “compartilhar sua autoridade com seus “pacientes” é um processo de perda de poder e de criação de incertezas na consecução de seu trabalho”. (LIMA et al., *ibidem*, p. 13). Este pensamento destoa dos ideais dos formuladores da PNH que acreditam que a participação dos usuários no processo de saúde leva a efetividade da política pública de saúde.

A maioria dos participantes respondeu que conhecia a PNH, assim como seus objetivos, estratégias e diretrizes, porém foi constatado um conhecimento bem diferente daquele que é suposto pela política.

Para os entrevistados, a PNH responsabiliza os trabalhadores pela má qualidade do atendimento prestado ao usuário ao criar uma política de saúde pública que visa humanizar a assistência prestada por seres humanos para seres humanos, e esquece da realidade vivenciada pelos trabalhadores: falta de recursos humanos, físicos, ambientes perigosos e insalubres, faltas de treinamentos técnicos ou de comunicação e interação entre os colegas e os usuários. Os pesquisadores constataram, entretanto, que a maioria das unidades visitadas estava em boas condições físicas para atendimento da assistência, mas poucas apresentavam espaços que contemplassem o trabalhador como descanso, refeições e reuniões.

Em relação à política, somente um coordenador estava positivo em relação à política, os outros não a enxergava como solução para as dificuldades que as unidades de saúde passavam ou que pudesse melhorar seu trabalho. Diante desse descrédito, houve um baixo índice de apoio à política, e a política implementada nas unidades diferiu daquela formulada pelo MS. Na concepção de Freire et al. (*ibidem*, p. 36), “os significados de uma política de saúde provocam interpretações diversas

desde o seu nascedouro, e as atribuições de sentido dirigidas a elas nem sempre vão coincidir com seus reais propósitos.”

3.6. Acolhimento

O Acolhimento é uma das diretrizes da PNH que responsabiliza os trabalhadores de saúde e equipe pelo cuidado do usuário desde a sua chegada até a sua saída:

Acolhimento é o “processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.” (BRASIL, 2008, p. 51).

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) é um dispositivo da diretriz *Acolhimento*, e busca ampliar o acesso aos serviços de emergência e reduzir as filas e o tempo de espera dos pacientes para o atendimento médico. Esta ferramenta prioriza o atendimento daqueles usuários em estado mais grave que os outros, segundo avaliação do profissional capacitado para este fim, e não mais por ordem de chegada. O ACR promove uma relação acolhedora e humanizada entre os usuários, profissionais de saúde e gestores.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento. (NASCIMENTO et al., p. 598, 2011).

Um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em hospital público de Santa Catarina⁶, teve como objetivo analisar como os profissionais de enfermagem, atuantes no serviço de emergência adulto desta instituição, avaliam a implementação do ACR, na abordagem da PNH do SUS. (NASCIMENTO et al., *ibidem*).

Os dados para o estudo foram colhidos no período de abril e maio de 2010, através de entrevistas semiestruturadas aplicadas a 13 profissionais de enfermagem, pertencentes ao quadro funcional do serviço de emergência. Além disso, os entrevistados tinham que ter atuado no setor antes e depois da implantação do ACR e ter participado dos treinamentos e capacitação para a implantação desse dispositivo.

Os entrevistados responderam as seguintes perguntas: “Qual a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a implementação do acolhimento com classificação de risco? Quais os seus benefícios e/ou fragilidades para o atendimento no Serviço de Emergência?”

Os entrevistados perceberam que com a implantação do ACR houve prioridade nos casos graves que precisam de atendimento mais rápido, ágil e dinâmico e redução das filas e tempo de espera para o atendimento. Notaram também que este dispositivo promove um atendimento humanizado uma vez que o usuário é atendido por um profissional enfermeiro capacitado e a prioridade do atendimento baseia nos critérios clínicos, ao invés de ordem de chegada. Dessa modo, o usuário pode ser ouvido, informado sobre a rotina hospitalar e ser submetido a algum atendimento.

Em relação às fragilidades, os participantes apontaram falta de espaço físico e materiais, apesar das reformas estruturais realizadas antes da implantação do ACR. Eles notam a necessidade da efetiva ampliação do ACR em outros serviços com a finalidade de aumentar o acesso do cidadão, sem sobrecarregar a equipe, e proporcionar qualidade na assistência prestada. Apontaram desconhecimento do

⁶ O interesse do estudo por essa instituição foi devido a vários fatores: o primeiro hospital da região da Grande Florianópolis (Santa Catarina) a implantar o ACR; atende uma demanda em média de 800 usuários/dia e conta com uma equipe de saúde constituída por 14 enfermeiros, 44 técnicos de enfermagem e 15 médicos. A implantação do dispositivo ocorreu em janeiro de 2009, por meio do incentivo e de recursos do Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde (SES) de Santa Catarina. (NASCIMENTO et al., *ibidem*).

funcionamento do ACR pela população que almeja ser atendida por ordem de chegada.

A falta de espaço físico, a pouca disponibilidade de recursos humanos, materiais também foram mencionados pela equipe de enfermagem que trabalha na emergência de um hospital geral, em um outro estudo realizado entre novembro de 2006 a maio de 2007 (ALMEIDA e PIRES, 2007). Segundo os entrevistados, essas barreiras impedem que o usuário tenha um atendimento de qualidade.

O estudo revelou a evidência de potencialidades e fragilidades do ACR no serviço de emergência pesquisado. Embora os entrevistados reconhecessem mudanças na organização e qualidade do atendimento ao usuário com o ACR, a implantação deste dispositivo ainda não tinha atendido os preceitos da PNH.

A PNH propõe que, na construção das estratégias, haja inclusão e presença dos atores envolvidos no processo de saúde para colocar em análise os diferentes tipos de serviços e as formas de operar antes da implantação. Conforme os autores Santos Filho, Barros e Gomes (2009), o dispositivo ACR opera através de prescrição verticalizada de modos de fazer ou de metas a serem alcançadas. A implantação do ACR sem a análise do processo de trabalho pode comprometer a sua função que é proporcionar aos usuários serviço de saúde de qualidade.

A efetivação da PNH somente se concretiza quando há sintonia entre o conhecimento e a transformação da realidade. O “que fazer” não deve exceder o “como fazer” para não comprometer os princípios doutrinários e as diretrizes. (BENEVIDES e PASSOS, 2005).

3.7. Clínica Ampliada

Estudo descritivo realizado na Clínica de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário da região central do Rio Grande do Sul teve como objetivo relatar a experiência de equipes multiprofissionais ao colocar em prática o dispositivo referente à clínica ampliada na unidade de Clínica Cirúrgica. A iniciativa da implantação desse instrumento partiu de uma das preceptoras da residência médica ao participar do debate sobre a especialização “Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS” promovido pelo MS (FARÃO et al., 2011).

Os usuários acometidos por neoplasias de cabeça e pescoço normalmente são tratados por cirurgia ou tratamento conservador, por isso eles podem ter perdas

de funções e mutilações. No entanto, estes usuários precisam de uma atuação multiprofissional meticulosa para não comprometer seu prognóstico e sua qualidade de vida.

Para colocar em prática a diretriz do SUS - *Clínica Ampliada* - foi criado um espaço onde a equipe multiprofissional se reunia toda quarta-feira, a fim de discutir e analisar todos os casos dos usuários existentes na clínica. Nesse encontro devem ser respeitados os conhecimentos de cada profissional e, juntos, eles buscam um melhor tratamento. Os resultados provenientes desses encontros são compartilhados entre as equipes, familiares e usuários, fazendo com que todos os envolvidos sejam responsáveis no processo de cuidar.

O estudo revelou que as reuniões promoveram a sensibilidade na equipe multiprofissional e contribuíram para a melhoria do processo de comunicação. A sensibilização e o comprometimento dos profissionais do setor fizeram com que ampliassem seus olhares na atenção e saúde desses usuários, resultando numa maior resolutividade dos casos e numa atenção mais humanizada e integral.

O SUS não propõe um tipo de serviço ideal, ele permite a autonomia das equipes multiprofissionais a colocar em análise os diferentes tipos de serviços e as formas de agir para que possam ter, como resultado, um melhor tratamento para cada usuário, respeitando sua individualidade. E ao mesmo tempo, o SUS valoriza o trabalho da equipe ao torná-la protagonista dos processos de trabalho.

3.8. A concepção da PNH, conforme os futuros Fisioterapeutas

Pesquisa realizada em uma universidade pública, na cidade de Campina Grande (PB), teve como objetivo identificar a concepção dos alunos do curso de fisioterapia, concluintes do primeiro semestre de 2007, do curso de fisioterapia, acerca da humanização nas suas práticas. As entrevistas foram do tipo semi-estruturadas e aplicadas em vinte e quatro participantes, e abordavam o tema humanização em fisioterapia. (SILVA ID e SILVEIRA MFA, 2009).

Os participantes mostraram pouco conhecimento do tema humanização, apresentando uma visão muito restrita, quase que totalmente focada apenas em melhorar o contato, o diálogo ou comunicação formal. A maioria fala da necessidade de olhar para o usuário como um todo, de forma holística, porém não o enxerga como um sujeito e sim como se fosse um objeto.

Para os autores, a relação entre o profissional e o usuário deve ser, além de técnica, humana. Não se deve despersonalizar o usuário, este deve ser tratado com atenção, educação, respeito, consideração. O relacionamento humanizado deve proporcionar solidariedade e vontade de servir, resultando numa assistência de qualidade.

Na visão das autoras Silva ID e Silveira MFA(2009), o enfoque na doença ainda está muito presente no cotidiano do SUS. As experiências subjetivas do usuário, a sua experiência de vida, a permanente interdependência entre os condicionantes biológicos, psicossociais, culturais e ambientais referentes ao processo saúde-doença são desprezados.

Além da desinformação dos princípios e diretrizes propostos pela PNH, o estudo revelou também desconhecimento do próprio SUS pelos acadêmicos. Grande parte dos participantes afirma que não há uma disciplina que contempla o tema humanização na prática. A grade curricular rígida e pré-estabelecida contribui com a formação de profissionais centrado no modelo biomédico e de visão tecnicista.

No modelo biomédico, os profissionais enxergam os usuários de maneira fria e objetiva como se fosse objetos ou apenas um corpo e o conhecimento técnico define qual é o melhor tratamento para o usuário, sem considerar a seu histórico e sua opinião. Silva ID e Silveira MFA (*ibidem*) afirmam que o profissional não pode permanecer somente nos conhecimentos biomédicos, mas deve aprender novas habilidades como a de escuta e de comunicação para poder lidar com as novas situações sociais (violência, desemprego, alcoolismo) vivenciadas pelo pacientes e levadas para o consultório médico.

A PNH visa transformar os modelos de atenção e gestão baseados na racionalidade biomédica (fragmentados, hierarquizados, centrados na doença e no atendimento hospitalar). O usuário deve ser considerado como um cidadão portador de direitos, portanto os procedimentos, diagnósticos, tratamento e encaminhamento médico que lhe diz respeito devem ser informados a ele.

Para maioria dos participantes, existem dificuldades de se pôr em prática a humanização da assistência à saúde no dia a dia do trabalho. Para eles, o tempo disponibilizado para atendimento não é suficiente para um atendimento de qualidade, devido a uma demanda grande de pacientes e aos poucos profissionais. Outro fator, refere-se à má-remuneração dos fisioterapeutas que, muitas das vezes,

nas clínicas particulares o pagamento é feito por produção, então o profissional atende o máximo de pacientes a fim de obter um salário melhor. Dessa forma, a qualidade da assistência fica comprometida, ocorrendo a propagação da desumanização.

Na visão de Silva ID e Silveira MFA (*ibidem*, p. 3), “...o fisioterapeuta é um dos trabalhadores que tem como principal instrumento as mãos e utiliza o toque no corpo do outro da forma mais incisiva possível. Portanto, não pode permitir que as suas intervenções terapêuticas sejam desumanizadas”. A assistência humanizada requer a construção de uma rede de diálogo entre o profissional da saúde e o usuário, pois a falta de informação referente ao usuário é uma forma de atendimento desumanizado.

Entretanto, não se pode pensar, de forma isolada, o desafio de inserir a relação médico paciente na formação dos profissionais de saúde, sem que se redirecione todo o processo da educação médica, de tal forma a construir uma proposta de ensino que, junto com a aquisição das habilidades biomédicas, priorize a formação humanitária e ética do profissional que terá, como missão, cuidar do sofrimento humano. (SUCUPIRA, 2007 p. 627)

Diante dos expostos acima, a literatura mostrou que a política, embora tenha trazido mudanças positivas no Sistema Único de Saúde (SUS), a PNH ainda não pode ser considerada uma política efetiva. A avaliação da efetividade, segundo F. Figueiredo e C. Figueiredo (1986), corresponde ao diagnóstico do sucesso ou fracasso de uma determinada política pública depois de ser implantada. O sucesso de uma política traduz nos efeitos gerados na realidade social ao proporcionar mudanças nas condições sociais da população alvo, condizentes com os anseios da política, o que não ocorreu na PNH.

4. CONCLUSÃO

A estruturação do SUS requer a transformação dos processos de trabalho e das relações entre gestores, trabalhadores e gestores. A PNH foi uma resposta a esta necessidade ao propor mudanças na atenção e gestão no SUS através da inclusão de novos atores nos processos decisórios na gestão e da ampliação da capacidade de análise dos sujeitos. “A PNH se afirma, portanto, como uma experimentação a partir de sujeitos concretos que passam a utilizar de forma singular as diretrizes, os dispositivos e o método como ferramentas para repensar a si mesmos, os processos de trabalho e o SUS”. (MARTINS E LUZIO, 2014, p. 1101).

No entanto, a sua implementação é complexa, envolvendo avanços e limitações. Os avanços constatados pela literatura se referem mais às situações de implantação das diretrizes e dispositivos, tais como Cogestão (Colegiado Gestor e Contrato de Gestão); Clínica Ampliada (Equipe Transdisciplinar de Referência); Acolhimento (Acolhimento com Classificação de Risco); Defesa dos Direitos do Usuário (Visita Aberta, Direito de Acompanhante). Houve construção de espaços coletivos (colegiado, as rodas de conversas e oficinas). A implantação da Clínica Ampliada resultou numa maior resolutividade dos casos e numa atenção mais humanizada e integral, e o dispositivo ACR trouxe prioridade no atendimento dos casos graves e redução das filas e tempo de espera para o atendimento.

Os hospitais em que a implementação levou em consideração os conhecimentos dos atores envolvidos no processo de produção de saúde tiveram mais êxito na política de humanização.

Já a mesma literatura aponta para alguns problemas comuns a vários casos estudados como desconhecimento da PNH pelos trabalhadores, usuários e gestores, refletindo diretamente na baixa participação desses atores, principalmente usuários, na gestão participativa; precárias condições de trabalho devido à falta de espaço físico, material e recursos humanos e salários baixos. Estes fatores são, geralmente, apontados como responsáveis pela falta de credibilidade da política pelos trabalhadores.

Fontana (*ibidem*), Deslandes (*ibidem*) e Oliveira, Collet e Viera (*ibidem*) defendem que a humanização, além de abarcar os usuários, deve também ser direcionada no sentido da valorização dos trabalhadores, por meio de salários decentes, recurso humano adequado e ambiência digna de trabalho. Desta forma,

eles sentirão motivados e integrados na política, e conseqüentemente, prestarão serviço assistencial humanizado. Nessa concepção, talvez seja necessário que os governantes revejam o plano de carreira e salários dos trabalhadores de saúde, assim como as condições de trabalho em que esses profissionais prestam atendimento assistencial, a fim de que a PNH consiga plena efetividade nos seus propósitos.

Mas será que somente bons salários e ambiência digna de trabalho para os trabalhadores irão gerar humanização na assistência à saúde? Como gestora pública, percebo que a efetividade da humanização vai mais além. Necessita de formulação de um projeto ético-político que oriente a formação do futuro profissional da saúde, independente da política pública.

Por fim, pudemos notar que muitos estudos ainda precisam ser realizados com o propósito de que se possa ter um quadro mais completo sobre os avanços e limitações na implantação da PNH, especialmente daqueles estudos comparativos, que permitam analisar as condições em que estes processos avançaram e sobre aquelas em que isto não ocorreu.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, F.L.; MIOTO, R.C.T.; GERBER L.M.L. A política nacional de humanização e o serviço social: elementos para o debate. *Serviço Social & Saúde*, Campinas, v. 6, n. 6, p. 1-170, 2007.

ANTUNES, L.R. Ouvidorias do SUS no processo de participação social em saúde. *Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 5, n. 26, p. 238-241, jan/fev 2008.

ASSIS, M. M. A. & JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012, p. 2865-2875.

BARBOSA, J. Desafios para a Consolidação do Sistema Único de Saúde. Brasília, Senado Federal: s. data. Acessível em <<http://www12.senado.gov.br/publicacoes/estudoslegislativos/resultadopesquisa?autor=Jarbas%20Barbosa%20da%20Silva%20J%C3%BAnior>>. Acesso em 13 de junho de 2015.

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

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: (Lei Orgânica da Saúde). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-actualizada-pl.pdf>>. Acesso em: 3 de junho de 2015.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <https://www.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf>. Acesso em: 3 de junho de 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. EFETIVANDO O SUS: Acesso, qualidade, humanização na Atenção à Saúde com Controle Social, Brasília, p. 1-198, 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS*: Política Nacional de Humanização. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS*: Política Nacional de Humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasília: Secretaria da assistência à saúde; p. 1-60, 2001.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 1-12, 2004.

F. FIGUEIREDO, M.; C. FIGUEIREDO, A. M. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. *Análise e Conjuntura*, Belo Horizonte, v. 1, p. 107-127, set./dez. 1986.

FARÃO, E.M.D.; BIRRER, J. A.; SOARES, R.S.A.; GONÇALVES, B.; FAVRETTO, C.; SILVA, D.C. Clínica ampliada em um Hospital Universitário: abrindo caminhos para uma nova forma de cuidar. *Contexto & Saúde*, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 813-816, jan/jun 2011.

FILHO, S.B.S.; BARROS, M.E.B.; GOMES R.S. A política nacional de humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 13, n.1, 2009, p. 603-6013.

FONTANA, R.T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. *Revista Rene*, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 200-207, jan/mar 2010.

FREIRE, M.T.C.; RODRIGUES, M.P.; SILVA, G.S.N.; MELO, R.H.V.; VILAR, R.L.A. A voz dos trabalhadores sobre gestão participativa em um hospital de grande porte. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde*, p. 34-54, 2014.

LEITE, T.A.A.F.; STRONG, M.I. A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 203-214, abr/jun 2006.

LIMA, L.L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez 2013.

LIMA, L.L.; D'ASCENZI, L.; DIAS, G.V.S.; BRUSCATTO, R. Burocracia e políticas públicas: a implementação da Política Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde em Porto Alegre/RS. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 65, n. 4, p. 493-515, out/dez 2014.

MARTINS, C.P.; LUZIO, C.A. Experimentações no apoio a partir das apostas da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1099-106, 2014.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 13, n.1, 2009, p. 771-780.

NASCIMENTO, E.R.P.; HILSENDEGER, B.R.; NETH, C.; BELAVER, G.M.; BERTONCELLO, K.C.G. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. *Revista Eletrônica Enfermagem*, v. 13, n. 4, p. 597-603, out/dez 2011.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et AL. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

OLIVEIRA B. R. G.; COLLET N.; VIEIRA C. S. A humanização da assistência à saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 2, p. 277-284, mar/abr 2006.

PAIM, J.S. & TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.12, n.4, 2007, p. 1819-1829.

PAIM, Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PEREIRA, A.B.; NETO, J.L.F. *Processo de implantação da Política Nacional de Humanização em Hospital Público*. Trabalho Educação Saúde. Rio de Janeiro, v.13, n. 1, p. 67-87, jan/abr 2015.

PRISZKULNIK, G.; MAIA, A.C. Parto humanizado: influências no segmento saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 80-88, 2009.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. A política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 603-13, 2009.

SILVA, I.S.; SILVEIRA, M.F.A. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, supl. 1, p. 1535-1546, 2011.

SUCUPIRA, A. C. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. São Paulo, v. 11, n. 23, p. 624-627, set/dez 2007.

UGÁ, M. A. D. & LÓPEZ, E. M. Os Hospitais de Pequeno Porte e sua Inserção no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.12, n.4, 2007, p. 915-928.
VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.