

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA – UFRB
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADE E LETRAS – CAHL
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

**A RELEVÂNCIA ESTRATÉGICA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO –
PNH NO ÂMBITO DOS MUNICÍPIOS:
REAIS POSSIBILIDADES DE SUA IMPLANTAÇÃO, NA ATENÇÃO BÁSICA, DE
ALAGOINHAS – BA.**

MARCOS VINÍCIUS SANTOS SILVA

Cachoeira

2012

MARCOS VINÍCIUS SANTOS SILVA

**A RELEVÂNCIA ESTRATÉGICA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO –
PNH NO ÂMBITO DOS MUNICÍPIOS:
REAIS POSSIBILIDADES DE SUA IMPLANTAÇÃO, NA ATENÇÃO BÁSICA, DE
ALAGOINHAS – BA.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal do
Recôncavo da Bahia – UFRB, para
obtenção do grau de Bacharel em Serviço
Social.

Valéria Miranda dos Santos Noronha

Orientadora

Heleni Duarte Dantas de Ávila

Co-orientadora

Cachoeira

2012

Ficha Catalográfica: Biblioteca de Cachoeira - CAHL/UFRB

S586r Silva, Marcos

Vinícius Santos

A relevância estratégica da Política Nacional de Humanização - PNH no âmbito dos municípios: reais possibilidades de sua implantação, na atenção básica, de Alagoinhas - BA / Marcos Vinícius Santos Silva. – Cachoeira, 2012.

100 f. ; 22 cm.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Valeria dos Santos Noronha Miranda. Coorientadora: Prof^a. Ms. Heleni Duarte Dantas de Ávila. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2012.

1. Política de Saúde - Brasil. 2. Saúde pública - administração - Brasil. 3. Atenção primária à saúde. 4. Humanização dos serviços de saúde. I. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. II. Título.

CDD: 362.10981

MARCOS VINÍCIUS SANTOS SILVA

**A RELEVÂNCIA ESTRATÉGICA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO –
PNH NO ÂMBITO DOS MUNICÍPIOS:
REAIS POSSIBILIDADES DE SUA IMPLANTAÇÃO, NA ATENÇÃO BÁSICA, DE
ALAGOINHAS – BA.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social
da Universidade Federal do Recôncavo
da Bahia – UFRB, para a obtenção do
grau de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em 05 de dezembro de 2012.

Valéria Noronha dos Santos Miranda
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB

Heleni Duarte Dantas de Ávila
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

Simone Brandão Souza
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB

A minha mãe pelos momentos (*in*) compreendidos.

AGRADECIMENTOS

“A gratidão é o único tesouro dos humildes”

William Shakespeare

Por isso, quero nestas linhas expressar meu agradecimento, afeto e **GRATIDÃO** aos que, junto comigo, fizeram desse sonho uma realidade...

A Deus, fonte inesgotável de conhecimento, razão da minha inteligência e refúgio nos momentos de dor e desespero... *“A quem tenho eu se não a Ti?”*.

Aos meus pais, meu alicerce, pela dedicação em proporcionar-me uma boa educação. Em especial, minha mãe, expressão do meu amor, pedaço de mim...

Aos meus avós, Alzira (“minha neguinha”), Guiomar e Ananias (I.M.), dizem que os avós são pais com açúcar, EU SEI O QUE É ISSO...

Aos meus tios, Amilton (PAI²) e Almiro, pelo apoio e por sempre acreditarem nesse sonho...

Aos meus familiares, que, direta ou indiretamente, contribuíram nessa realização...

As minhas madrinhas, Lêda e Zu, pelo amor e incentivo...

A Arnaldo, pelo incentivo e presença nos momentos finais...

A Maria Vilma, meu eterno anjo da guarda, sou muito grato por seu amor de mãe...

A Maria Eduarda, minha afilhada, meu presente...

A D. Dalva, Bel e Lúcio (I.M.), pelas preces e intercessões...

Aos amigos, Dani, Mille, Tércio, Alice, Elide, Lore, Lua, Guil, Ninha, Dekka, Rafa, Kari, Tiaguinho, Everton, Gery, Lélia, Déa, Uise, Clara, Jó, Mariita (“mainha”), Rica, Julita, Medina, Gel, Nete e Jaci, sem vocês minha vida não teria graça! rs

Aos meus irmãos da Paróquia Nossa Senhora de Fátima, pelas orações...

A Aléssia, pelo conhecimento compartilhado...

A Secretária de Saúde de Alagoinhas – SESAU, em especial, Claudia Graça, pela generosidade com que acolheu este projeto...

Aos colegas e alunos dos Colégios Estadual Brazilino Viegas, Estadual Prof^a. Maria José Bastos Silva e Estadual Polivalente de Alagoinhas, pela compreensão, paciência e apoio na finalização desse trabalho.

A Heleni de Ávila, minha eterna mestra, primeiro por me apresentar esse tema e segundo pela amizade e aprendizado...

A Valéria Noronha, minha orientadora, pela paciência, pelo carinho a minha proposta, POR ACREDITAR EM MIM, pelas palavras de incentivo quando quis fraquejar... Realmente, *“quando eu crescer quero ser igual a você”*... rs

A UFRB, nas pessoas dos docentes do curso de Bacharelado em Serviço Social, pela excelente formação proporcionada... Serei eternamente grato!

Aos colegas do curso, por essa rica e valiosa vivência... Sucesso a nós todos!

Aos meus amores, razões da minha felicidade, Nana, Sama, Tica, Rafa, Vick, Thi e Lanny, o que seria de mim sem vocês... **VOCÊS SÃO MINHAS PRINCESAS!** As amo demais!

Enfim, **agradecer, agradecer, agradecer...**

“Confuso amanhecer, de alma ofertante e angústias sofridas, e injustiças e fomes e lutas e achados rutilantes. De riquezas da mente e do trabalho, meu passo vai seguindo. No zigue-zague de equívocos, de esperanças que malogram, mas renascem de sua cinza morna. Vai comigo meu projeto entre sombras, minha luz de bolso me orienta. Ou sou eu mesmo o caminho a procurar-se?”

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

O presente estudo foi fruto de uma pesquisa qualitativa realizada na Secretaria de Saúde do município de Alagoinhas – SESAU, no setor da Atenção Básica (AB), mais propriamente nas Unidades de Saúde da Família e outros setores conveniados a AB, na zona urbana deste município. Esta pesquisa buscou analisar as possíveis ações estratégicas voltadas à implantação da Política Nacional de Humanização – PNH, na AB do município. Para tanto, foi necessário uma fundamentação teórica sobre a temática construída, a partir de um levantamento e seleção bibliográfica sobre as obras, autores e produções relacionadas à humanização. Além do levantamento bibliográfico realizado entre os meses de maio a outubro deste ano, foram coletados dados qualitativos, através da aplicação de entrevistas semi-estruturadas, com os gestores e profissionais envolvidos na gestão da AB, da SESAU. As reflexões e demais considerações estão distribuídas em três capítulos: no primeiro capítulo foi feita uma reflexão sobre a trajetória histórica das políticas de saúde no Brasil, desde as primeiras manifestações do Movimento de Reforma Sanitária até a Constituição Federal de 1988, com a promulgação do Sistema Único de Saúde – SUS. Posteriormente, no segundo capítulo, foi feita uma contextualização da formulação, desenvolvimento e atual configuração da PNH. Por fim, na terceira seção, foram analisados os dados provenientes da pesquisa no campo da AB, da SESAU. É importante frisar que a elaboração do estudo, emerge do entendimento da humanização na saúde como uma política estratégica, instrumento de mobilização social e institucional, instaurando uma nova dinâmica na esfera da saúde, pautada na qualificação dos serviços de saúde, na efetivação de novos processos de trabalho, pautados na indissociabilidade entre gestão e atenção. Na busca por uma maior responsabilização de todos os agentes e entes envolvidos no processo de produção da saúde, na superação do ideal mercadológico que quantifica e unifica o sujeito/doença.

Palavras- chave: Humanização; Saúde; Gestão e Atenção Básica.

ABSTRACT

This study was the result of a qualitative research carried out in Alagoinhas Department of Health-SESAU, in the Primary Care sector (AB), more specifically in the Family Health Units and other sectors linked to AB, in the urban area of this city. This research investigates the possible strategic actions which can implement the National Humanization Politics - PNH, AB in the town. Therefore, it was necessary a theoretical basis on the built theme, from a bibliographical selection and survey about the works, authors and productions related to humanization. Besides the bibliographical survey conducted between the months of May to October this year, it was collected qualitative data through the application of semi-structured interviews with managers and professionals involved in AB managing, SESAU. The reflections and other considerations are divided into three chapters: the first chapter was a reflection on the historical trajectory of Health Politics in Brazil, from the earliest manifestations of the Health Reform Movement until the 1988 Constitution, with the enactment of the Unified Health System - SUS. Later, in the second chapter, it was made a contextualization of the formulation, the development and the current configuration of PNH. Finally, in the third section, the data was analyzed from the research in the field of AB, SESAU. It is important to emphasize that the development of this study comes from the understanding of humanization in health as a political strategy, instrument of a social and institutional mobilization, introducing a new dynamic in the sphere of health, based on health qualification services, on the establishment of new work processes, guided by the indissociability between management and healthcare. In the search for a greater accountability of all actors and entities involved in the production of health, in overcoming the ideal marketing which quantifies and unifies the person / disease.

Keywords: Humanization, Health, Management and Basic Care.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIS – Ações Integradas de Saúde

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF/88 – Constituição Federal de 1988

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

DIRES - Diretoria Regional de Saúde

EMBASA – Empresa Baiana de Águas e Saneamento

EBDA – Empresa Baiana de Desenvolvimento Agrícola

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NOB – SUS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar

PNH – Política Nacional de Humanização

SAAE – Serviço Autônomo de Água e Esgoto

SESAB – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SESAU – Secretaria de Saúde do Município de Alagoinhas – BA

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TRT – Tribunal Regional do Trabalho

LISTA DE FIGURAS

1. FIGURA I: FLUXOGRAMA DO ACOLHIMENTO	50
--	----

LISTA DE TABELAS

1. Tabela I: Elementos de composição da Ambiência.....	54
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: REFORMA SANITÁRIA E A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS	18
2.1 Antecedentes Históricos: A Reforma Sanitária ainda em Processo	18
2.2 O Sus: Trajetórias e Perspectivas	27
2.3 Sus: Desafios na sua Consolidação	33
3 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH: UMA POLÍTICA TRANSVERSAL AO SUS	38
3.1 Política Nacional de Humanização: Contextualização Histórica.....	38
3.2 A Política Nacional de Humanização da Saúde: Suas Diretrizes e seus Princípios Institucionais.....	43
3.3 Política Nacional de Humanização da Saúde: Uma Política já efetivada?	58
4 A PESQUISA DE CAMPO	62
4.1 Procedimentos Metodológicos	62
4.2 O Universo da Pesquisa e a Apresentação de Resultados	67
4.2.1 Alagoinhas – Ba: Breve Histórico e Contexto Atual da Saúde Municipal	67

4.2.2 Relevância Estratégica da PNH: Perspectivas de sua Implantação no Âmbito da Atenção Básica do Município de Alagoinhas - Ba	75
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
7 ANEXO.....	99

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização – PNH apresenta caráter transversal perpassando muitas políticas e programas que compõem o sistema de saúde, após a implementação do Sistema Único de Saúde – SUS. O SUS como um dos mais significativos resultados da Constituição de 88 (fruto da expressão da massa popular e/ou reflexo das inquietações dos movimentos sociais), trouxe uma nova compreensão à saúde (antes vista, unicamente, como ausência de doenças), como direito do cidadão e dever do Estado, garantida à população usuária através de políticas econômicas e sociais, visando a redução, prevenção e controle de doenças e outros agravos, sendo seu acesso e serviço, igualitário e universal, haja vista que é garantia de todo cidadão brasileiro (BRASIL, 1988).

O SUS apresenta um conjunto de princípios fundamentais: a integralidade dos seus serviços, igualdade nas ações, equidade, participação e controle social. Ainda, ultrapassa o caráter da mendicância para transformá-lo em direito. Todavia, as unidades onde são executadas as ações de saúde ainda continuam com filas exorbitantes, vários usuários sem atendimentos, profissionais desrespeitados, fatos que elencam a dicotomia entre o que é proposto e o que se está em exercício. Daí a necessidade de uma política com uma dimensão de transversalidade ao SUS, que atue no reforço e consolidação das propostas e perspectivas deste sistema de saúde. Pasche (2009) justifica que a Humanização na saúde surge nesse contexto de dualidade e/ou ambiguidade do SUS, no qual “há um SUS que dá certo e há problemas e contradições que precisam ser enfrentados” (PASCHE, 2009).

Logo, a elaboração desse estudo emerge do entendimento da humanização na saúde como uma política estratégica, instrumento de mobilização social e institucional, que visa instaurar uma nova dinâmica na esfera da saúde, pautada na qualificação dos serviços da mesma, na efetivação de novos processos de trabalho, pautados na indissociabilidade entre gestão e atenção. Na busca por uma maior responsabilização de todos os agentes e entes envolvidos no processo de produção da saúde, na superação do ideal mercadológico que quantifica e unifica o sujeito/doença. Assim, preconiza-se com a institucionalização e regulamentação dessa política, a partir do ano de 2004, uma reestruturação organizacional nos

serviços da saúde, em especial na gestão e na assistência da mesma, buscando uma valorização do trabalho e do trabalhador, melhoria na qualidade dos serviços prestados aos usuários, ratificação do direito a saúde, democratização do acesso e empoderamento desses usuários, no qual os mesmos reconheçam-se como protagonistas de suas próprias mudanças.

O estudo em questão, intitulado - A Relevância Estratégica da Política Nacional de Humanização – PNH no Âmbito dos municípios: *Reais Possibilidades de sua implantação na Atenção Básica, de Alagoinhas – BA* (2012), objetiva analisar as possíveis ações estratégicas para o processo de implantação da Política Nacional de Humanização – PNH, no âmbito da AB do município de Alagoinhas – BA. O critério de escolha da temática, Humanização na Atenção Primária, partiu da credibilidade nesta política que é uma das fomentadoras das proposições que permeiam os processos de trabalho da saúde na atenção primária, no que se refere a um atendimento de qualidade, no respeito às individualidades, no reconhecimento e fortalecimento dos direitos. A demarcação regional justifica-se na necessidade de apresentar uma pesquisa sobre esta temática na realidade local, haja vista a ausência de tal material. Como também, a relevância de trazer uma possível contribuição teórica-metodológica para o território, que encontra-se com um número insuficiente de estudos sobre sua realidade local, em especial no contexto da saúde.

Esta exposição teórica divide-se em três capítulos, respectivamente, “A política de Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e a implementação do SUS”, “A Política Nacional de Humanização – PNH: uma política transversal ao SUS” e “A Pesquisa de Campo”. O primeiro capítulo subdivide-se em três tópicos: “Antecedentes Históricos: A Reforma Sanitária ainda em processo...”, “O SUS: Trajetórias e perspectivas” e “SUS: Desafios na sua consolidação”. Neste capítulo propõe-se uma análise sobre a historicidade das lutas e propostas à democratização da saúde, propriamente, com a criação da CEBES e ABRASCO e após a 7ª CNS, na década de 70. Discute-se, também, sobre a contribuição e relevância da RSB à construção da democratização da saúde, em especial, na criação do Sistema Único de Saúde – SUS. O trabalho segue destacando no capítulo uma reflexão acerca da Constituição Federal de 1988, com a implantação da Seguridade Social (tripé: ASSISTÊNCIA, SAÚDE E SEGURIDADE) e a criação do SUS, apresentando de forma reflexiva seus princípios e diretrizes. Em seguida, foram considerados os reais

desafios do sistema à necessidade da construção de uma política que o reafirme, o reforce e consolide, ou seja a PNH.

No segundo capítulo, subdivido em: *“Política Nacional de Humanização: Contextualização Histórica”*, *“A Política Nacional de Humanização da Saúde: Suas diretrizes e seus princípios institucionais”* e *“Política Nacional de Humanização da Saúde: Uma política já efetivada?”*, nestes tópicos é demarcado o debate sobre a construção histórica da PNH, inicialmente configurada como um programa limitado ao contexto hospitalar, visando melhoria na assistência dos serviços de saúde. Naquele contexto foi intitulado o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar – PNAH. Com o crescimento da demanda, concomitante a relevância do programa, a humanização na saúde politiza-se, passando a ser reconhecida como a Política Nacional de Humanização. Ressalta-se, ainda, neste capítulo sobre a polissemia da humanização na saúde, o desafio de conceituá-la, como também a apresentação dos seus princípios, diretrizes e dispositivos institucionais. Por fim, no último item propõe-se uma reflexão crítica sobre a efetividade da PNH, em analogia com as possibilidades do SUS.

O último capítulo retrata a pesquisa de campo, quais os procedimentos metodológicos à construção dos dados e a análise dos mesmos, em cima da proposta do trabalho. Este material é fruto de uma pesquisa qualitativa, utilizando roteiros de entrevistas semi-estruturados com os gestores da saúde, do município de Alagoinhas – BA, mais delimitadamente, no setor da AB. Escolheu-se a AB como critério de delimitação, visto que são nessas unidades, as ESF, onde é “possível”, ou deveria ser, um contato mais preciso entre os sujeitos envolvidos nos processos de saúde (aqui entendidos como as equipes multidisciplinares) e os sujeitos usuários destes serviços.

Descritos os procedimentos metodológicos, o trabalho contextualiza *“O universo da pesquisa e a apresentação de resultados”*, os dados sobre a realidade do município de Alagoinhas, suas características demográficas e geográficas e, também, um breve sobre sua configuração histórica. No tópico é analisada a dinâmica da AB, na SESAU, em analogia aos marcos legais e outros referenciais sobre a temática. Neste item, foi discutida criticamente a relevância e efetividade da AB no contexto da saúde nacional, elencando os desafios e entraves que permeiam o setor na realidade do município de Alagoinhas – BA.

Ainda, são analisados os dados qualitativos, obtidos após execução da pesquisa, entre os meses de maio e novembro do presente ano. Com um “olhar” crítico-reflexivo foram problematizadas as possibilidades, propostas e ações executadas e/ou sugeridas pela SESAU, preconizando a implantação da PNH no universo pesquisado. Vale ainda ressaltar que este material foi confeccionado a partir de um levantamento bibliográfico inicial sobre o tema Humanização na Saúde, conhecimento sobre a realidade empírica da saúde municipal (a partir de visitas ao campo de pesquisa) e leitura e análise do Plano de Ação da Saúde (2010).

Esse material pretende contribuir na realidade da saúde municipal, especialmente, reforçando a necessidade da implantação da PNH, mas também na desmistificação do conhecimento equivocado e restrito que se tem sobre a mesma, quando a política é compreendida como “bons tratos” e “acolhimento humanizado”. Aqui, também, objetiva-se em proliferar o discurso que preconiza uma real estratégia à democratização da saúde e que, realmente, consolide e reforce os princípios e diretrizes do SUS.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: REFORMA SANITÁRIA E A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS.

2.1. Antecedentes históricos: A Reforma Sanitária ainda em processo.

Este primeiro tópico busca, a partir de uma reflexão analítico-crítica, compreender a trajetória de luta pela democratização da saúde, ou melhor, seu reconhecimento como categoria de direito, a partir do levantamento histórico sobre as manifestações e conquistas, das necessidades e interesses, dos diferentes atores e movimentos sociais envolvidos nestes processos, no contexto sociopolítico do Estado brasileiro. Este apanhado histórico parte da análise do relatório final da 7ª Conferência Nacional de Saúde¹, realizada em 1980, que *“propunha a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde à população, com a criação de uma rede básica de saúde de cobertura universal”* (BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2009), e com o foro temático principal: *“A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”*.

Identificou-se como contexto histórico-social, na organização e execução da 7ª CNS, o fim do regime militar. Logo, qual a compreensão de direito mais adotada para este período? Quem eram os sujeitos envolvidos nos processos? Qual a condição de cidadania existente? Durante o regime militar, apesar de que no final da década de 70 e início da década de 80 o regime perdia sua centralidade e aos poucos enfraquecia-se, a concepção de direito praticamente não existia. A classificação dos sujeitos da época era de cidadãos e não cidadãos, nos quais cidadãos eram aqueles que comungavam dos mesmos ideais da gestão ditatorial (marcados pelo autoritarismo e exclusão) e não cidadãos eram os sujeitos que reivindicavam por condições plenas de cidadania, que socializavam e manifestavam seus anseios libertários.

¹BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009.

Contextualizando, historicamente, a trajetória das Políticas de saúde, vistos os danos oriundos do desrespeito ao seu direito, reuniram-se sujeitos de diferentes movimentos sociais (acadêmicos, profissionais da saúde, etc.), membros de associações e sociedade civil, na primazia de um sistema de saúde unificado e com integral assistência, descentralizado, com o envolvimento dos sujeitos nos processos decisórios e participativos, respectivamente, através do controle e participação social. A este movimento, conceituamos de Reforma² Sanitária da Saúde.

A 7ª CNS fundamentada aos propósitos de democratização do Estado, após o regime militar, propunha redefinir os arranjos da saúde, como também o planejamento e organização das conferências. Visto que,

O sistema de saúde centralizado, fragmentado institucionalmente, com permanente descontinuidade administrativa, verticalizado e excludente que se havia consolidado nas décadas anteriores não respondia às necessidades expressas por amplos setores da sociedade e o processo decisório fechado no espaço governamental era fortemente contestado pelo movimento social que se organizara em torno do setor. (BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2009).

A atenção inicial nesta exposição teórica à 7ª CNS, justifica-se, pois são visíveis que, após seu processo de construção e execução, são alinhadas no contexto das políticas de saúde, as primeiras³ reflexões sobre sua consolidação como categoria de direito. Já que as primeiras conferências consideravam nos seus temas debatidos assuntos, em sua maioria, ligados às vertentes epidemiológicas e sanitárias da saúde, tais como prevenção de doenças, epidemias e pragas.

Atendendo a continuidade cronológica do processo histórico da saúde, no Brasil, posterior a 7ªCNS, realizou-se em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde⁴. Esta, na compreensão desse estudo, a mais significativa, no que condizem

²É válido afirmar que as primeiras conspirações do Movimento de Reforma Sanitária iniciam com a 7ª CNS, visto a criação da CEBES e ABRASCO que reuniram os primeiros sujeitos protagonistas do movimento.

³Vale ressaltar que, antes de 1986, já existiam ações voltadas a reivindicação do direito à saúde, ainda que timidamente. Estas, eram formadas por grupos emergentes das lutas contra a repressão do regime militar e, assim, constituíam as primeiras manifestações da Reforma Sanitária. Um dos resultados destas ações foi a criação *Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES)*, em 1976. (FLEURY, 1997 apud PAIM, 2007).

⁴Sobre o contexto sociopolítico do Estado brasileiro, Paim (2007) elucida: “[...] *Partia do reconhecimento de uma conjuntura de crise econômica com mudanças na ordem político-*

os ideais democráticos no âmbito das políticas, propostas e decisões no setor da saúde nacional, haja vista que, efetivamente, propõe a saúde⁵ como direito. Uma das marcantes características desta conferência foi a incorporação de mais atores⁶. Visto o fim da ditadura, conseqüentemente, outros movimentos sociais aderiram aos ideais corporativos do Movimento Sanitarista. Dentre os temas conclamados na ocasião, destacam-se: saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do setor. Suas contribuições foram tão significativas, que os propósitos e resultados registrados em seu relatório final resultaram em alguns artigos da Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde - LOS. A 8ª CNS foi, então, a fonte para a formulação das normais legais que regerão os serviços de saúde, com a regulamentação da Constituição Federal no ano de 1988.

É correto afirmar que a 8ª CNS foi o instrumento impulsionador do que podemos elencar de democratizar serviços de saúde, a cunho nacional. Ainda, foi o marco que convalidou, ou melhor, evidenciou o que se pode chamar de Reforma Sanitária. Afirma-nos o relatório final:

Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor da saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, prevenção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionado chamar a Reforma Sanitária. (BRASIL, **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986).

Após a 8ª CNS, a saúde ganha novo conceito. A partir de então, vai além da ausência de enfermidades, mas,

[...] é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos

institucional, resultando numa dada configuração do Estado e direcionalidade de suas políticas de onde emergiria um projeto de sociedade a ser desenvolvido nos anos seguintes." (PAIM, 2007).

⁵"Reconhecia-se, assim, a relação do direito à saúde como advento do Estado de Bem-Estar Social..." (PAIM, 2007).

⁶Segundos dados do material intitulado, "**As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**" (2009), entre os cerca de quatro mil participantes, mil eram delegados, com direito a voz e voto.

níveis de vida. (BRASIL, **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986).

Ainda,

[...] não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (BRASIL, **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986).

Os resultados da 8ª CNS foram de grande valia à realidade brasileira, pois propõe um novo arranjo à lógica da saúde e seus serviços (repensar práticas, reformular processos, criar leis). Enfim, marca o período, porque constrói mudanças⁷ claras e significativas. A proposta de criação de um Sistema Nacional de Saúde é um desses resultados. A lógica com que a saúde organizava-se e atuava, no Brasil, nas décadas recentes, não atendiam a demanda emergente que se consolidava, em decorrência da ascensão das inúmeras expressões da questão social, que em sua maioria rebatiam nos serviços de saúde. O maquinário da saúde, anterior aos ideais sanitarista e, concomitante, a proposta do sistema nacional, era centralizado, “excludente”, visto que, utilizavam do aparelho de saúde, aqueles que possuíam renda para usufruir dos serviços privados e/ou contribuía com o seguro da previdência, ou usuários dos serviços filantrópicos das Santas Casas de Misericórdia (estas trabalhavam com um público alvo constituído por pobres e indigentes).

Estes fatores efetivaram, ou melhor, consolidaram a efetivação do projeto nacional de Reforma Sanitária. Para este projeto, pós 8ª CNS, foi montada uma comissão (Comissão Nacional da Reforma Sanitária – CNRS), com o objetivo de elaborar propostas mobilizadoras, que contemplassem o fomento de uma nova gestão dos serviços da saúde, pautadas num exercício descentralizado, universal, que vislumbrasse a saúde enquanto categoria de direito. Sobre a constituição dessa comissão, eram integrantes:

[...] representantes de sete ministérios: Saúde (MS), Previdência e Assistência Social (MPAS/INAMPS), Trabalho (MTB), Desenvolvimento Urbano (MDU), Planejamento (SEPLAN), Ciência e Tecnologia (MCT), Educação e Cultura (MEC/SESU); além dos

⁷ “[...] A ampliação das companhias seguradoras privadas, tanto multinacionais quanto subsidiárias do capital financeiro de grandes bancos, configura a emergência de um poderoso aliado de projetos contrários à reorientação mais radical da política de saúde do Estado, no sentido da universalização, equidade e democratização.” (ABRASCO, 1985 apud PAIM, 2007).

Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde (CONASS); e de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); e de representantes das comissões de saúde do Senado e da Câmara. A comissão reuniu, ainda, as seguintes representações: confederações de trabalhadores da indústria, de serviços e da agricultura (CUT, CGT e Contag); de federações sindicais e associações de profissionais de saúde, especialmente a Federação Nacional dos Médicos (FNM) e Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN); de movimentos sociais (Comam); de confederações patronais, como as Confederações Nacionais da Indústria (CNI), da Agricultura (CNA) e do Comércio (CNC); de associações de classe de provedores do setor privado, como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Confederação das Santas Casas de Misericórdia do Brasil (CMB). *(BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.** Brasília: CONASS, 2009).*

Todavia, qual a melhor compreensão para o projeto de Reforma Sanitária? Qual sua melhor definição? Para esta exposição teórica não existe uma definição pronta para a Reforma Sanitária, seu conceito não é estático/estranho. Porém, de forma objetiva, pode-se compreender que a Reforma Sanitária é (utiliza-se o verbo no presente, haja vista que ainda está em processo⁸, o ideal de democratizar a saúde ainda vislumbra lutas cotidianas) a reprodução dos ideais dos movimentos sociais e da sociedade civil, que iam de encontro à ordem repressiva e minimizadora de direito que o Estado adotava, em especial, no setor da saúde. Ainda, segundo Paim (2007), este movimento reconhecia a relevância da saúde como componente de políticas sociais e de interina responsabilidade do Estado, através do sistema de serviços à atenção da saúde da população, em sua totalidade.

O Movimento Sanitarista surge no Brasil, prioritariamente, para abolir a atual conjuntura com a qual se encontravam as políticas de Saúde, do Estado brasileiro. Logo, as críticas feitas a essa lógica, partem, exclusivamente do pensamento gramsciano, em especial, na concepção de Estado, das denotações sobre o burocraticismo, na categorização do direito e na concepção de contra-hegemonia. Primeiramente, à luz do entendimento de Gramsci, pode-se afirmar que a RSB é um movimento advindo das idealizações dos movimentos sociais, conseqüentemente,

⁸ “[...] a RSB impõe-se, inicialmente, algum esforço do pensamento no sentido de explicitação quanto à natureza do que se pretende investigar: um fenômeno histórico e social. Com isto se quer afirmar, ao mesmo tempo, a historicidade do objeto que permitiria a sua identificação em uma dada conjuntura e a sua permanência processual, enquanto cristalizações e transformações, possíveis de serem observadas no presente (PAIM, 2007)”.

um movimento contra-hegemônico⁹, no sentido que vai de encontro a um Estado coercitivo, expropriador de direitos, minimizador das expressões das classes populares, fomentador e intensificador das desigualdades sociais.

Nessa perspectiva, o Estado apoia-se em certas classes dominadas da sociedade apresentando-se como seu representante, mediante um complexo processo ideológico. Mas nesse processo de dominação de classe o Estado, em última análise, atua em proveito político das classes dominantes recorrendo a dispositivos e aparelhos ideológicos de diversas ordens. O conceito de ideologia apresenta-se, portanto, como fundamental não só para compreender o papel dos intelectuais na elaboração da *proposta* e do *projeto* de Reforma Sanitária, mas, sobretudo, para analisar os enfrentamentos no seu *processo* diante as questões relativas à organização política. (PAIM, 2007) Os grifos estão no texto original.

Assim, as primeiras ações do Movimento¹⁰ de Reforma iniciam-se na década de 70 com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, nas quais ambas as instituições incorporaram os protagonistas do movimento, outrora constituído por intelectuais, acadêmicos, profissionais da saúde, como também membros da sociedade civil e movimentos sociais.

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira surge na segunda metade dos anos 1970 no âmago do movimento maior que se ampliava em todos os segmentos da sociedade, ou seja, o das lutas pelas liberdades democráticas contra a ditadura. (SANTOS, 2009)

Dentre as incontáveis contribuições do movimento destaca-se a conquista do princípio Constitucional da participação da comunidade e da Lei 8.142/90 que dispôs sobre as Conferências e Conselhos de Saúde, que consolidava a ampla visão sobre a necessidade da participação social e na formulação das políticas e estratégias na

⁹“Hegemonia é uma combinação de liderança (ou direção moral) com dominação. É exercida através do consentimento e da força, da imposição e da concessão, de e entre classes e blocos de classes e frações de classes. Esta pode se dar de forma ativa, como vontade coletiva, ou se manifestar de forma passiva, através de um apoio disperso ao grupo dirigente/dominante (ALMEIDA, 2003 apud MIRANDA, 2011)”.

¹⁰Em alguns momentos utilizamos a nomenclatura de Movimento de Reforma Sanitária. O uso do substantivo movimento dar-se, também por entender que, segundo Cohn (1989), ao associar a Reforma Sanitária a um movimento isso trás rebatimentos importantes, já que, “*movimento significa processo, fenômeno dinâmico e inacabado, seu processo sempre estará em curso, sem um final predeterminado...*” Ou seja, a luta pela democratização da saúde ainda resiste aos dias atuais.

saúde. Fazendo uma retrospectiva e seguindo uma ordem cronológica sobre a gênese do projeto de Reforma Sanitária¹¹, destacam-se:

- 1976 – Criação do CEBES;
- 1979 – Criação da ABRASCO;
- 1979 – Sétima Conferência Nacional de Saúde que se baseia na Conferência Internacional de Alma Ata e preconiza a Atenção Primária de Saúde como base e estruturação de um novo sistema;
- 1986 – Oitava Conferência Nacional de Saúde e os Convênios dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (INAMPS);
- 1987/1988 – Comissão Nacional da Reforma Sanitária;
- 1988 – Constituição Federal (Criação da Seguridade Social e do SUS);
- 1990 – Leis 8.080/90 e 8.142/90;

Continuando na linha da compreensão sobre a Reforma Sanitária, Paim (2007) cita um trecho do documento do Fórum da RSB, no qual analisa ser a Reforma Sanitária:

Originalmente um ideia e um ideário de um grupo de intelectuais, a proposta se desenvolveu na transição democrática, congregando entidades representativas dos gestores, profissionais de saúde e movimentos sociais que, articulados na Plenária Nacional de Entidades de Saúde, conseguiu influenciar o processo constituinte e plasmar a Constituição Brasileira de 1988 (CF/88) o texto aprovado na 8a. Conferência Nacional de Saúde que garante que 'Saúde é um direito de Todos e dever do Estado. Em outras palavras, a saúde passou a fazer parte dos direitos sociais da cidadania. (FÓRUM da RSB, 2006 apud PAIM, 2007).

O conjunto CFESS/CRESS¹² publicam em 2008 um documento com o objetivo de instruir e auxiliar profissionais do Serviço Social na atuação na saúde. No decorrer do documento trazem ao debate a reflexão sobre a importância da Reforma Sanitária na corporação do direito na saúde. Nesta direção afirmam:

¹¹SANTOS. N. R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *In Saúde em Debate*. Rio de Janeiro. v. 33, n. 81. 2009.

¹²Respectivamente, Conselho Federal de Serviço Social e Conselho Regional de Serviço Social.

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. [...] Destacam-se como fundamentos dessa proposta: a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade das ações. (CFESS/CRESS, 2008)

Pensar a Reforma Sanitária nos anos 80 era reformular os caminhos que a saúde trilhava, era ir além de reformas administrativas e financeiras, mas reorganizar componentes políticos, comportamentais, jurídicos e organizacionais (PAIM, 2007). Entretanto, para estas reformulações era necessário, primeiramente, reescrever um novo sentido para o conceito de saúde. Seria a saúde, somente, a ausência de enfermidades ou anomalias fisiológicas? A Reforma Sanitária, juntamente com os ideais contidos na redação do Relatório Final da 8ª CNS trouxeram à realidade nacional um entendimento maximizado sobre a definição de saúde, entendimento este, que caracteriza saúde, na CF/88 e nas próprias legislações que regulamentam o SUS. Logo, saúde perpassa e está relacionada a partir de determinantes e condicionantes sociais, culturais, políticos e econômicos, tais como, trabalho, renda, alimentação, moradia, transporte, meio-ambiente, dentre outros.

Arouca (1988) citado por Paim (2007) destaca a compreensão do Movimento de Reforma Sanitária sobre quatro dimensões: específica, institucional, ideológica e das relações. No que condiz a dimensão específica, entende-se na intervenção junto a demandas na dinâmica dos fenômenos associados a relação saúde/doença, expressos nos indicadores de saúde, tais como morbimortalidade, expectativa de vida. A dimensão institucional registra as normas que regerão o sistema de saúde, tais como pactuações financeiras, recursos humanos necessários à prestação de serviços na saúde, etc. No campo da dimensão ideológica compreende-se *“em que há valores, juízos, concepções, preconceitos que representam a expressão simbólica e histórica de uma dada situação sanitária”* (AROUCA, 1988 apud PAIM, 2007). E, por fim, a dimensão das relações aborda como em um dado momento o movimento da sociedade, através produção e consumo de bens pode determinar nas situações de risco e de fomento de doenças e outros agravantes à saúde.

O documento final da 8ª CNS em consonância com o que se propunha no Movimento de Reforma Sanitária resultou no registro do Capítulo II da Constituição

Federal de 1988, intitulado *"Da Seguridade Social"* (BRASIL, 1988). Compreende-se por Seguridade Social, segundo o texto constitucional, "conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (BRASIL, 1988). A saúde como mencionado anteriormente é um dos tripés constituintes da Seguridade Social. Acrescentam-nos os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2008):

A concepção de Seguridade Social representa um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988, no que se refere à proteção social e no atendimento às históricas reivindicações da classe trabalhadora [...] Representa a promessa de afirmação e extensão de direitos sociais em nosso país, em consonância com as transformações sociopolíticas que se processam. (CFESS/CRESS, 2008)

Pensar a saúde pós-proposta sanitária e, conseqüentemente, pós Constituição é enxergá-la como categoria de direito, já que está presente no Art. 196 do documento que saúde é direito de todo cidadão brasileiro e dever do Estado, e esse direito deve ser exercido através de políticas e medidas públicas que combatam os riscos de doenças e outros agravantes, com medidas que vislumbrem a promoção, prevenção e recuperação da saúde. O texto constitucional acima de tudo ratifica a necessidade da formação de um Sistema Único de Saúde, que atue de forma regionalizado e hierarquizado, com ações e serviços relacionados a atenção, promoção, recuperação e prevenção da saúde da população nacional. Como consta no Art. 198 são diretrizes organizativas a descentralização, a integralidade do atendimento e a participação da comunidade. Quanto a este sistema no capítulo ulterior, *"O SUS: trajetórias e perspectivas"*, serão apresentados os aspectos históricos de sua implementação.

2.2. O SUS: trajetória e perspectivas

A década de 80 e final da década de 90, como outrora brevemente foi mencionado no item anterior, foram de extrema valia ao que se refere (re) democratizar as políticas estatais de saúde. Impulsionados às proposições democratizantes, oriundas dos movimentos contra ditadura, juntamente com as propostas sanitaristas, vigentes ao Movimento da Reforma Sanitária, a Constituição Federal de 1988, ou como a conhecida “Carta Magna”, ou “Constituição Cidadã”, reflete todos estes ideais e propósitos, reproduz o discurso dos movimentos sociais, na luta pelo direito de exercer a Cidadania, em sua exímia concepção.

A construção do Sistema Único de Saúde – SUS é uma destas conquistas. A Carta Magna, através da concepção de Seguridade Social, esboça em seu texto a responsabilização do Estado quanto a Assistência, Previdência e Saúde. A saúde, a partir de então, é direito de todo cidadão brasileiro constituído em cidadania, e dever do Estado. Seu exercício deve ser atenuado através de políticas públicas, sociais e econômicas que minimizem os danos oriundos do processo da saúde. Assim, a concepção de saúde deve ser reproduzida para além da ausência de doença, mas relacionada a determinantes/ condicionantes culturais, econômicos, de bem-estar, de habitação, etc.

O SUS, constitucionalmente, inaugura-se com a sancionamento da CF/88. Segundo o Art. 198, são diretrizes para sua atuação: *I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade* (BRASIL, 1988). O SUS é, assim, um modelo de sistema que organiza e administra os serviços e as questões referentes à saúde no Brasil. Os trâmites neste sistema devem atuar através de uma rede regionalizada e hierarquizada.

O que é compreender a organização dos processos e serviços na saúde a partir de um sistema único? Paim (2009) com muita eloquência auxilia-nos nesta reflexão, quando ressalva que a denotação de sistema na nomenclatura do SUS dar-se, pois é um conjunto de agências (empresas e instituições) e agentes (profissionais da saúde) atuantes na prestação de serviços de saúde às populações demandantes. E quanto à referência a único, dar-se em decorrência de ser o

sistema nacional que administra e organiza as questões da saúde, sejam elas de caráter público e/ou privado.

Na verdade, é com a execução da 8ª CNS que se visualizou as primeiras ações¹³ à formação de um sistema de saúde na realidade brasileira. A 8ª CNS além de ser a primeira conferência pós-ditadura, foi também a primeira aberta a sociedade civil, foi o marco à visibilidade do Movimento de Reforma Sanitária e, conseqüentemente, na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde¹⁴ (SUDS), primeiro passo para o SUS. Este primeiro sistema foi fruto de uma parceria entre o INAMPS e os governos estaduais, sua grande característica foi o avanço para a desconcentração estadualizada da saúde e da municipalização dos serviços. Noronha, Pereira e Viacava (2005), citados no documento do CONASS intitulado, *Coleção para Entender a gestão do SUS* (2011), complementam:

O SUDS é o estágio evolutivo das AIS. (...) É essa a idéia do SUDS (...) a transferência de recursos do INAMPS para os serviços do Estado, mediante convênios. Não por prestação de serviços, mas em função de uma programação integrada. (...) A idéia é que os estados devam coordenar o processo de municipalização (...). (NORONHA; PEREIRA; VIACAVA (2005) apud BRASIL, CONASS (2011)).

É, também, ulterior a este processo que são incorporados no texto da CF/88 um conjunto de conceitos, diretrizes, princípios e leis, embasados e reorganizados pela nova lógica regida pelos princípios da Reforma Sanitária. É, então, decorrente deste documento que é criado o Sistema Único de Saúde – SUS. Segundo Paim (2009), compreender o SUS no texto constitucional supõe-se “uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e equidade, sem discriminações ou privilégios” (PAIM, 2009). Logo,

¹³Ações Integradas de Saúde (AIS), que são medidas, nas quais se podiam observar uma contenção das políticas privatizantes no interior da Previdência Social e o recurso às estratégias capazes de canalizar recursos previdenciários para estados e municípios no sentido de fortalecimento dos serviços públicos, de estímulo à integração das ações de saúde, de apoio a descentralização gerencial, de incorporação do planejamento à prática institucional e de abertura de canais para a participação popular (PAIM, 2007).

¹⁴“Estratégia-ponte para a construção do SUS” (PAIM, 2007). Logo, percebe-se que o SUDS foi a primeira manifestação de uma rede objetivando uma atuação diferenciada na saúde, para além de uma ideologia privatizante, minimizadora de direitos, mas na consolidação de práticas na saúde que atenuassem um ideal democrático. “Assim, admitia-se que o SUDS poderia acionar mudanças imediatas nos serviços de saúde, coerente com os princípios da democratização da saúde, assegurando melhoras progressivas na assistência aos cidadãos e nas condições de trabalho e de remuneração dos que prestavam serviços de saúde (PAIM, 2007).”

[...] a Carta Magna aponta as políticas econômicas e sociais como intervenções fundamentais para a garantia do direito à saúde. Questões como produção e distribuição da riqueza e da renda, emprego, salário, acesso a terra para plantar e morar, ambiente, entre outras, influem sobre a saúde dos indivíduos e das comunidades, embora integrem as políticas econômicas. A educação, cultura, esporte, lazer, segurança pública, previdência e assistência social são capazes de reduzir o risco às doenças e a agravos, compondo as políticas sociais. (PAIM, 2009)

Assim, percebe-se que o SUS, segundo o texto constitucional, baseava-se numa rede de serviços e políticas de saúde voltada ao atendimento das necessidades da população, no resgate ao compromisso do Estado para o estado de bem-estar social¹⁵, na efetivação de uma saúde coletiva, juntamente, na consolidação e propagação da Cidadania, através da universalização da concepção e das práticas do direito, na saúde.

Dentre os princípios e diretrizes para atuação do SUS, destacamos: a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência, igualdade na prestação dos serviços de saúde, integralidade na assistência, participação da comunidade e descentralização político administrativa. Ou seja, todo cidadão brasileiro tem o direito aos serviços de saúde, no cenário nacional, e deve ser tratado de forma igualitária e equânime em todos os postos de prestação dos serviços, sem distinção de raça, cor, etnia. Ainda, esta rede regionalizada permite que as Secretarias dos Estados e municípios dialoguem entre si, na troca de informações e serviços, e sejam político-administradas, pela instância representativa da União, o Ministério da Saúde.

Portanto, segundo o inciso I do Art. 198 da CF/88, o SUS é representado, hierarquicamente e nas esferas de governo, por: no contexto da União, pelo Ministério da Saúde; no Distrito Federal e nas Unidades Federativas, pela Secretaria de Saúde ou órgão equivalente, e nos municípios, também, pela Secretária de Saúde ou órgão equivalente.

Retomando a discussão sobre os princípios e diretrizes do SUS, segundo o Art. 198 da CF/88 ainda integra a lista de diretrizes, que obedecem aos princípios doutrinários e organizativos: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, com prioridade para as

¹⁵Ou como, melhor conhecido Welfare State. Ou seja, em um sentido clássico e objetivo é um projeto de construção nacional para promover a integração social, como também, conjunto de direitos relativos a Cidadania e Justiça Social.

atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; equidade; descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; participação da comunidade; e, regionalização e hierarquização. (BRASIL, 1988)

Para a continuação do estudo, são identificados como principais marcos legais à operacionalização e organização do SUS, além da CF/88, a Lei 8.080/90, que podemos caracterizá-la como uma adjacência do texto constitucional, ou na Lei Orgânica da Saúde - LOS, na qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e outras providências. A Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências, e as Normas Operacionais Básicas, tais como, NOB-SUS 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96, estas definiram as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as novas atribuições no processo de implantação do SUS, mais, os critérios para que estados e municípios se habilitassem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde (BRASIL, CONASS, 2011).

A CF/88 registra nos termos da lei, como atribuições e competências deste do SUS:

Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; e, colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, C. F., 1988)

Já a lei 8.080/90, em seu art. 15, de forma extensa, elucida as atribuições comuns às três esferas de governo, na prestação dos serviços de saúde. Dentre elas destacamos:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais; IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde; V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde; VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador; XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização; XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária; e, XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial. (BRASIL, 2003)

A lei 8.142/90, como outrora brevemente foi relatada, dispõe em especial sobre as intervenções relativas a participação social, e aqui fazemos um gancho, ressaltando que este é um grande ganho a realidade nacional, com a implementação deste sistema, regulamentação desta lei e confirmação das proposições e ideais reivindicados nas corporações relativas ao Movimento de Reforma Sanitária. A consolidação da participação da sociedade nas políticas de doutrinas da saúde, através das Conferências de Saúde, sempre vislumbrou as lutas dos movimentos sociais relativos à saúde. Assim, esta lei vislumbra todo o aporte legal, normativo e administrativo de como dar-se-ão estas mesmas conferências.

Entende-se por participação social no SUS um mecanismo de grande importância na efetivação dos direitos democráticos ao cidadão brasileiro. Esta política tem como vertente o exercício participativo da sociedade civil nas decisões inerentes a saúde, por meio da inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS como participantes ativos nos debates, formulações e fiscalização das políticas desenvolvidas pela Saúde Pública brasileira. A participação popular confere, à gestão do SUS, realismo, transparência, comprometimento coletivo e

efetividade de resultados. Está diretamente relacionada ao grau de consciência política e de organização da própria sociedade civil. O SUS deve identificar o usuário como membro de uma comunidade, com direitos e deveres, e não como receptor passivo de benefícios do Estado.

A participação social nos diâmetros da saúde pressupõe, pelo menos no que concernem as leis, uma ativa relação entre a sociedade e o Estado, na qual atuam, respectivamente, na forma fiscalizadora e na formulação de leis que sancionem o exercício dos serviços da saúde no Brasil. Nesta perspectiva é requerido da população um sentimento de mobilização e interesse sobre as políticas públicas de saúde, entretanto não é isso que visualizamos atualmente. São notórios, sim, cidadãos descomprometidos e desinteressados quanto aos interesses do sistema público.

Para que, realmente, se efetive a participação popular nos mecanismos públicos de atenção às políticas de saúde do cidadão brasileiro, é necessário que o mesmo tenha interesse quanto às temáticas, questione as práticas dos gestores e profissionais da saúde e sejam imbuídos de caráter fiscalizador e propagador das políticas de saúde, que visam, tão somente, a efetivação dos direitos humanos e que legitimam e viabilizam o que chamamos de Democracia. Nas notas conclusivas aprofundaremos nosso teor crítico quanto a essas questões.

Por controle social¹⁶ entende-se a participação da sociedade no acompanhamento e verificação das ações da gestão pública na execução das políticas públicas, avaliando os objetivos, processos e resultados. Controle social é a integração da sociedade com a administração pública, com a finalidade de solucionar problemas e as deficiências sociais com mais eficiência, é um instrumento democrático no qual há a participação dos cidadãos no exercício do poder colocando a vontade social como fator de avaliação para a criação e metas a serem alcançadas no âmbito de algumas políticas públicas.

O Sistema Único de Saúde, que se configura como política pública caracteriza a participação como um de seus pilares, efetivada através dos Conselhos e Conferências de Saúde, que se configuraram como espaços públicos de articulação entre governo e sociedade. Relacionados à participação estão os conceitos de

¹⁶STOTZ, E. N. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. *In Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, 2006.

mobilização popular e controle social, ambos partícipes da Gestão participativa na busca pela ampliação e qualificação da Democracia.

Nesta perspectiva, buscou-se neste tópico frisar, de forma sucinta, sobre como se deu o processo de implementação do SUS, sua trajetória, seus ganhos e conquistas, para então, nas linhas ulteriores, que comporão o tópico 3, vislumbrados aos seus 20 anos de existência, fazermos uma reflexão crítico analítica sobre os muitos desafios que ainda precisa ser superados. Antes, vale-nos explicar que o destaque ao entendimento sobre a participação e controle social, deu-se, pois identificamos estes dois processos como um dos ganhos mais significativos com a implementação e execução das políticas de saúde, em analogia com o SUS.

2.3. SUS: desafios na sua consolidação

Próximo a comemorar os 25 anos de existência do SUS, faz-se necessário, neste espaço, relatar seus desafios, mas também seus relevantes avanços à realidade política e social, da saúde, da população brasileira. Um dos grandes destaques ao sistema é sua visibilidade a nível internacional, como referência a outros países. E ainda, a dimensão que a categoria direito atingiu na saúde. Com o SUS a saúde, realmente, tornou-se direito à sociedade, e dever do Estado exercê-la de forma digna, justa e equânime. Como nos presumi a Carta dos Direitos dos usuários da Saúde (2006), que todo cidadão tem o direito ao acesso aos serviços de saúde, a um atendimento humanizado e adequado, que respeite seus valores e seus direitos (BRASIL, 2006).

Em dados quantitativos, os avanços são representados, quando elucidamos que:

Os números anuais da produção de serviços de saúde são impressionantes: 12 milhões de internações hospitalares, mais de 1 bilhão de procedimentos em atenção primária à saúde, 150 milhões de consultas médicas, 2 milhões de partos, 300 milhões de exames laboratoriais, 1 milhão de tomografias computadorizadas, 9 milhões de exames de ultra-sonografia, 140 milhões de doses de vacina, mais de 15 mil transplantes de órgãos, entre outros. (BRASIL, 2006)

Entretanto, passados estes anos da implantação do SUS é visível a necessidade de correções que venham sanar as influências e falhas que ocorrem e são diariamente noticiadas pelos veículos de comunicação e suscitam a insatisfação dos usuários do serviço, com destaque para a morosidade no atendimento, número de profissionais insuficientes para a demanda, precariedade das instalações e dos espaços físicos, reduzido número de máquinas e equipamentos para prestação de serviço de qualidade e eficiência, pautado nos princípios da equidade, universalidade e igualdade, abolindo a idéia de que o SUS é um plano de saúde para os pobres, que elegem como parâmetro para o gozo de plena cidadania a possibilidade de aquisição de um plano de saúde privado. Essa postura do usuário apenas confirma o total desconhecimento sobre a grandiosidade do SUS, da alta soma de recursos financeiros que são utilizados, da variedade de atuações desenvolvidas, que vão desde ações básicas de prevenção, com destaques para o PSF (Programa de Saúde da Família), ACS (Agentes Comunitários de Saúde) e os diversos programas desenvolvidos junto a população, que somam-se as ações curativas (com realização de diversas cirurgias, inclusive cardíaca), partos e procedimentos como exames de ultrasonografia, acompanhamento de pacientes portadores de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e AIDS, com a distribuição de medicamentos de alto custo, fazendo com que esse modelo de saúde sirva de base para outros países, que o copiam.

Para eliminar o distanciamento e o não reconhecimento da população para com o sistema de saúde criado para atendê-la, necessita de se criar estratégias de aproximação e divulgação dos canais já existentes, que são os conselhos municipais de saúde, as conferências, assembleias e os diversos espaços democráticos, onde os debates são possíveis, para que possa superar a burocracia que impede que a saúde, que é direito de todos, seja decidida por poucos.

Pasche (2009) acrescenta à discussão, quando elenca esses desafios que ainda precisam ser superados:

Superação da cultura sanitária biomédica, que associa saúde a ação médica e acesso a remédios e hospital, concepção que permite a medicalização da vida; aporte insuficiente de recursos para financiar as ações de saúde (subfinanciamento do SUS); iniquidades no acesso; vazios assistenciais em muitos territórios; inexistência

operacional de rede de atenção, o que dificulta a continuidade dos tratamentos; ineficiência da atenção básica, ainda entendida como ação direcionada para população pobre; forte presença da cultura hospitalocêntrica e de interesses privados, corporativos e político-partidários na definição de políticas de saúde e na organização de serviços de saúde (privatização); cultura federativa subdesenvolvida que leva à competição por recursos e à baixa responsabilização sanitária entre municípios e destes com os estados; baixa capacidade de ordenamento dos processos de formação de trabalhadores às necessidades do sistema de saúde, sobretudo nos programas de graduação e residência das carreiras da saúde; ausência de uma “carreira SUS” para trabalhadores da saúde, entre outros. (PASCHE, 2009)

Outro grande desafio é a consolidação dos princípios que regem o SUS, em especial, o dilema entre a universalização e a segmentação na experiência internacional, a segmentação do próprio sistema, a valorização ao modelo privatista de saúde, em detrimento do modelo sanitarista, que presumi um Estado democrático de direito, que trás como estratégia de ação a descentralização, através do controle social, para que sejam ampliadas as conquistas sociais e haja a democratização do acesso. E seja minimizado este modelo privatista/mercantil/capitalista da saúde, no qual promove um Estado mínimo, abarcado por privatizações e uso mercantil dos serviços de saúde, marcado por crise financeira, dicotomia entre universalização e focalização e diminuição dos gastos públicos.

Paim (2009) acrescenta:

O SUS fica refém, desse modo, do setor privado, apesar do seu potencial de regulação. Parte dessa situação pode ser explicada pelo subfinanciamento público da saúde no custeio e, especialmente, no que tange aos investimentos, que se fazem necessários para a expansão da rede federal, estadual e municipal. Tal situação provoca a insatisfação dos cidadãos, denúncias na mídia e, mais recentemente, na chamada judicialização da saúde... (PAIM, 2009).

Paim (2009) continua auxiliando o debate, quando em sua obra, “*O que é o SUS?*” (2009), apresenta uma lista de questões e fatos que, hoje, são inaceitáveis na gestão desta política de saúde:

- ¹⁷Que ainda não exista uma fonte estável para o financiamento do SUS;
- Que permaneçam as condições precárias de atendimento nos serviços do SUS;
- Que serviços do SUS ainda não funcionem como uma rede integrada, com porta de entrada única, jogando ao usuário a responsabilidade de buscar, por conta própria, os serviços de que necessita;
- Que a população não tenha ainda acesso seguro e regular aos medicamentos;
- Que os serviços do SUS ainda não garantam às mulheres grávidas a referência segura de onde vão dar a luz;
- Que se mantenham discriminações de classe social, gênero, orientação sexual e raça nos serviços do SUS;
- Que serviços e profissionais de saúde continuem maltratando as mulheres que fazem aborto, com negligência no atendimento, ajuizamento moral, denúncias e outras formas de violação de direito;
- Que serviços desautorizados pela vigilância sanitária ainda continuem funcionando;
- Que se mantenha a dupla porta de entrada nos hospitais públicos e contratados
- Que os profissionais de saúde sejam desvalorizados e tenham suas condições de trabalho e salariais aviltadas;
- Que profissionais usem a precariedade das condições de trabalho como justificativa para ausências e não cumprimento dos horários;
- Que o SUS continue sendo usado como moeda política;
- Que ainda não existam mecanismos legais de responsabilização de governos e gestores pelos serviços não cumpridos.

Estes são alguns dos problemas e gargalos que assolam o exercício da saúde, através do SUS. Porém, para além destes problemas administrativos,

¹⁷PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

institucionais, estruturais, sociais e políticos, em nossa opinião, a fonte de toda problemática na gestão do sistema está na dicotomia entre o que é normalizado constitucionalmente, do que se está em vigência, o que gera um não reconhecimento e descredibilidade da população com o SUS e seus programas.

Nesta seqüência, após o apanhado histórico, desde a 7ª CNS, a promulgação da CF/88, regulamentação das leis 8.080 e 8.142, ambas do ano de 90, até os posteriores avanços e visíveis lacunas, que será explanado, nos itens do próximo capítulo, sobre a relevância da Política Nacional de Humanização – PNH, como mecanismo ou uma vertente orgânica do SUS. Ou seja, seu fundamento é, senão, a consolidação e fortalecimento das propostas e princípios que legitimam este sistema de saúde nacional. Também, visualizar esta política como estratégia que propõe uma reflexão a respeito dos direitos dos usuários da saúde e dos trabalhadores envolvidos neste processo, visto que, apesar dos visíveis avanços tecnológicos na promoção da saúde, por outro lado, problemas como precarização e fragmentação dos processos de trabalho acarretam nas relações entre esses profissionais e os usuários dos serviços.

Logo, no capítulo seguinte, primeiramente, será feito um apanhado sobre a gênese do Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar – PNHAH, sua breve trajetória, até as causas e conseqüências à politização deste programa, tornando-se a Política Nacional de Humanização – PNH (*HumanizaSUS*). Também, é proposto nos itens deste capítulo uma análise reflexiva sobre os princípios, diretrizes e dispositivos da PNH, apresentando sua relevância e eficácia na democratização do direito a saúde, valorização do trabalho e trabalhador e melhora na qualidade dos serviços prestados. E, no último tópico, discute-se de forma crítica sobre a efetividade da PNH, quais as possibilidade de análise de sua eficácia e efetividade.

3. A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH: UMA POLÍTICA TRANSVERSAL AO SUS

3.1. Política Nacional de Humanização: Contextualização Histórica

O presente tópico apresenta a discussão sobre a Política Nacional de Humanização – PNH a partir de uma análise conceitual e um breve apontamento sobre suas manifestações históricas. Numa dimensão mais generalizada, a humanização na saúde é, se não, o uso de novas formas de organização/execução, pleiteadas na indissociação entre gestão e atenção, na construção de novos modelos de interação entre usuários/sujeitos e os profissionais dos/nos serviços de saúde.

Os grandes dicionários da Língua Portuguesa definem humanizar como tornar humano, dar condição humana, civilizar. Logo, contextualizando a nossa lógica de entendimento, frisamos que o processo de humanização dar-se no emponderamento (aprimoramento das capacidades) dos relativos sujeitos na saúde, no reforço de suas potencialidades, na construção e afirmação de ambos, enquanto sujeitos de direitos. Portanto, a humanização, em sua gênese, é o reforço da potencialização do ser humano/social¹⁸, em seu âmbito individual, em conexão e construção com o plano coletivo/plural. Assim, o humanizar é próprio à condição humana, traz mudanças tanto no viés antropológico, como no psicológico (MELLO, 2006).

O conceito de humanização não é estanque, nem é fruto de uma “receita pronta”. Sua construção advém do processo evolutivo e ontológico do ser social, o que implica enfatizar, além dos rebatimentos psicológicos e antropológicos, mudanças biológicas, temporais, culturais e sociais. Permite-nos afirmar, também, que seu entendimento é resultado de intervenções dialéticas, nas quais o sujeito busca aprimorar todas as suas capacidades interagindo e transformando o meio no qual está inserido e atuando. Nesta mesma visão, Benevides e Passos (2005) acrescentam à conceituação:

¹⁸Este ser humano/social é fruto do salto ontológico, no qual o mesmo, dialeticamente, tornou-se um novo ser, capaz de: teleologar-se, objetivar-se, comunicar-se, universalizar-se, portanto, socializar-se. (NETTO; BRAZ, 2010)

[...] tomamos a humanização como estratégia [...] levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. (BENEVIDES; PASSOS, 2005)

Miranda (2009), também, acrescenta à discussão, afirmando que:

Na esfera da saúde, o conceito de humanização tem suas origens consolidadas enquanto um princípio vinculado ao paradigma de direitos humanos- expressos individual e socialmente- referindo-se aos usuários do sistema de saúde enquanto sujeitos. (MIRANDA, 2009)

. Continuando, nesta mesma vertente, podemos afirmar que a humanização¹⁹ da atenção à saúde, tem seus princípios fundantes e normativos, na Declaração Universal dos Direitos Humanos ou Direitos do Homem, que traz como normatização, o reconhecimento da dignidade humana, expressa no fundamento da liberdade, da justiça e da paz mundial. Em especial, nos artigos I, II e VII, nos quais expressam, respectivamente, que:

Todas as pessoas nascem livres iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade. (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, ART. I, 1948)

Toda pessoa tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição. (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, ART. II, 1948)

Todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação. (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, ART. VII, 1948)

¹⁹Na dinâmica da saúde, Souza e Mendes (2009) contribuem aludindo que, muitas vezes, a humanização está estritamente análoga ao humanismo cristão, “[...] fazendo com que ações, comportamento e, mesmo, características ou traços de caráter ganhassem o status de ‘humanos’ ou humanizados quando dotados de piedade e de espírito caritativo.” (SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). *In Interface: Comunicação, Saúde e Educação*. 2009.). Para os autores, esta tendência da humanização, é uma armadilha que prolifera uma cultura alienada e passiva do seu público-alvo, permitindo que os mesmos não sintam-se pertencentes e atuantes no/do processo.

Acrescentamos estes artigos, oriundos da Declaração, por entendermos que a humanização na saúde pressupõe para além de um bom atendimento, igualdade, atenção integralizada, gestão participativa, princípios que reforcem os ideais da equidade, justiça social, nos quais ambos ratificam o que denotamos de Bem-Comum e Cidadania, aqui vista, como a forma mais assídua da compreensão do direito e do dever. Logo, a constitucionalização universal dos direitos humanos é o primeiro marco à efetivação e compreensão da humanização. Neste mesmo sentido Ayres (2005) apud Ayres (2006) acrescenta ao entendimento da humanização na saúde, em analogia com as lutas democráticas do direito, compreendendo como:

[...] um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democratimente validados como bem comum (AYRES, 2005 apud AYRES, 2006).

No cenário nacional, as primeiras propostas sobre a humanização foram oriundas do Relatório Final da 11ª CNS (2000), que teve como título “Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à saúde com Controle Social”, o próprio documento ressalva a relevância desta Conferência, haja vista que um dos seus objetivos é orientar a ação de usuários, trabalhadores, gestores, servidores e movimentos sociais para que se tornem sujeitos atuantes, na construção de um sistema de saúde, que atue com qualidade e humanização, na efetivação de um SUS, no qual as diretrizes constitucionais da integralidade, universalidade e equidade sejam, realmente, efetivadas (BRASIL, 11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001).

Segundo Miranda (2009) a necessidade de debater a humanização do atendimento, na agenda das políticas públicas de saúde, deu-se, exclusivamente, devido “às inúmeras queixas de maus-tratos nos hospitais, advindas de seus usuários sendo preciso forjar uma mudança significativa nos serviços de saúde” (MIRANDA, 2009). Acrescenta a autora:

O MS, ao identificar o número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais, tomou a iniciativa de convidar profissionais da área de saúde mental para elaborar uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde. (MIRANDA, 2009)

Esta proposta de trabalho foi o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (2000 – 2002). Este programa tinha como objetivo melhoria na qualidade do atendimento hospitalar, com ações voltadas ao aprimoramento da assistência na saúde, em especial, no reforço das relações entre sujeitos e profissionais do setor. Miranda (2009) em sua tese nos elenca os objetivos deste programa de governo:

[...] melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários, modernizando as relações de trabalho nos hospitais, capacitando os profissionais para o novo conceito de atenção à saúde, estimular a realização de parcerias, intercâmbios e pesquisas sobre humanização, implantar novas iniciativas e desenvolver um conjunto de parâmetros de resultados e um sistema de incentivo ao serviço de saúde humanizado. (MIRANDA, 2009)

Portanto, como a autora enfoca em sua tese, o programa pretendia efetivamente a “valorização da dimensão humana e subjetiva da assistência” (MIRANDA, 2009). Ou seja, além de prestar um bom atendimento, seria necessário reconhecer aquele sujeito enquanto sujeito ativo no processo, tornar este ser humano²⁰ como chave principal dos serviços de saúde. Este processo dava-se através da instauração de novas técnicas de atenção e gestão, pautadas no diálogo e capacitação entre os profissionais, no reconhecimento da comunidade como peça fundamental ao processo de saúde e na desmistificação da visão que se tinha sobre a unidade hospitalar.

Para a execução do programa foi constituído um Comitê Técnico. E a partir deste comitê foram elencadas 10 unidades hospitalares, para que através dos dados coletados nas mesmas, fosse implantado e formulado o PNHAH. Para o trabalho nas unidades hospitalares foi criado um Projeto Piloto, e derivado a este projeto constituiu-se o PNHAH.²¹

Assim,

[...] a maior expectativa do PNHAH era criar uma nova cultura de humanização, uma filosofia organizacional que promova a conjugação cotidiana do verbo humanizar. Isso para que o processo

²⁰“Para além das necessárias questões formais, é preciso pensar, no âmbito da PNH, o humano em sua condição, simultaneamente, complexa, exuberante e problemática, sobre tudo em relação aos processos de saúde/doença.” (SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). *In Interface: Comunicação, Saúde e Educação*. 2009.).

²¹É importante salientarmos que todo este parágrafo foi elaborado segundo informações coletadas da obra de Miranda (2009).

de humanização da assistência hospitalar não seja interrompido com as mudanças de direção, chefia ou governo. (MIRANDA, 2009)

Miranda (2009) com muita eloquência apresenta de forma conceitual e aprofundada como se dá o PHNAH e seus objetivos e premissas, já Benevides e Passos (2005) afirmam que a proposta de humanização no programa objetiva-se num cenário ambíguo, abarcado por dualidade de forças. Esta dualidade se dava a partir do que era reivindicado pelos sujeitos e trabalhadores e do que era contraposto pelos gestores e outros profissionais.

Por um lado, os usuários por reivindicarem o que é de direito: atenção com acolhimento e de modo resolutivo; os profissionais, por lutarem por melhores condições de trabalho. Por outro lado, os críticos às propostas humanizantes no campo da saúde denunciavam que as iniciativas em curso se reduziam, grande parte das vezes, a alterações que não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e gestão instituídos. (BENEVIDES; PASSOS, 2005)

Aqui, nos é pertinente contribuir ao debate indagando: este cenário ambíguo, controverso, ainda não caracteriza, hoje, o exercício e efetivação das diretrizes e propostas apresentadas pela Política? Muitas unidades e setores de saúde abrem mão da lógica humanizante, para consolidar a proposta mercantil/lucrativa, ratificada pela dinâmica capitalista e privatista da saúde? Estas situações resultam na coisificação do ser humano, visto como número. No contexto hospitalar, não mais visto como “*João*” ou “*Maria*”, mas leito tal ou enfermaria tal. Vejamos quanto este problema perdura, desde a criação da Política até os dias atuais.

A dinâmica da humanização enquadrou-se na agenda política nacional entre os anos de 1999 e 2000, em especial com a implantação destas ações e políticas: Carta ao Usuário (1999), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999), Programa de Acreditação Hospitalar (2001), Programa Centro Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000), Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (2000), Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (2000) e Norma de Atenção Humanizada de Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), todas estas ações e programas, apesar da nomenclatura não denotarem, propuseram

intensificar a humanização através da intensificação da qualidade da atenção ao usuário²².

É com a intensificação dos trabalhos, a relevância do programa e com a nova gestão do MS, que em 2003 a humanização na saúde torna-se política, intitulada Política Nacional de Humanização. Seu objetivo é traduzir, efetivar, consolidar os princípios norteadores e fundantes do SUS, tais como integralidade, universalidade e equidade, o que torna esta política transversal ao sistema. Simões et al (2007), nos apresentam como algumas das propostas iniciais desta políticas: novas formas de acolhimento e inclusão dos sujeitos usuários dos serviços, práticas que incentivem a diminuição do consumo de medicação (como por exemplo, a elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos para os usuários e sua rede social) e o fortalecimento das relações entre as equipes multidisciplinares de saúde e os usuários. Logo esta nova política, “[...] aspira a horizontes normativos capazes de escapar à restrição da conceituação de saúde ao problema tecnocientífico estrito de riscos, disfunções e distorções” (AYRES, 2006).

3.2. A Política Nacional de Humanização da Saúde: suas diretrizes e seus dispositivos institucionais

Compreender a Política Nacional de Humanização a partir de sua transversalidade faz enxergá-la como um mecanismo ou uma vertente orgânica do SUS. Ou seja, seu fundamento é, senão, a consolidação e fortalecimento das propostas e princípios que legitimam este sistema de saúde. Ainda, propõe uma reflexão a respeito dos direitos dos usuários da saúde e dos trabalhadores envolvidos neste processo, visto que, apesar dos visíveis avanços tecnológicos na produção e promoção da saúde, problemas como precarização e fragmentação dos processos de trabalho acarretam nas relações entre os profissionais e os usuários dos serviços.

²²Todos estes dados foram coletados do material, “*Humanização na saúde: um novo modismo?*” (2005), dos autores Benevides e Passos.

É imprescindível reafirmar que a Política de Humanização na rede SUS, como uma política de saúde, não se reduz, tão somente, ao seu caráter governamental. Outrossim, é uma das estratégias mobilizadoras e minimizadoras dos modos verticalizados de gestão. Busca baseada num processo de formação ético-político, reformular o cotidiano dos processos de trabalho na saúde, muitas vezes abarcados pela dissociação entre a atenção e a gestão, ocasionando um modelo de gestão dicotômico, centralizado unicamente, na pessoa do gestor, tornando os outros sujeitos inertes e/ou alienados ao processo. Como também, superar a proliferação de um processo de produção de saúde reduzido ao binômio queixa-conduta.

A Política Nacional de Humanização é uma das adjacências das muitas políticas e programas que (re) moldaram a saúde nacional, após a implementação do Sistema Único de Saúde - SUS. O SUS como um dos mais significativos resultados da Constituição de 88 (fruto da expressão da massa popular e/ou reflexo das inquietações dos movimentos sociais), trouxe uma nova compreensão à saúde, antes vista unicamente como ausência de doenças, hoje como direito do cidadão e dever do Estado, garantida à população usuária através de políticas econômicas e sociais, visando a redução, prevenção e controle de doenças e outros agravos, sendo seu acesso e serviço, igualitário e universal, haja vista que é garantia de todo cidadão brasileiro (BRASIL, 1988).

Pensar humanização na saúde remete-nos a dois substantivos essenciais ao processo: inclusão e coletividade. Portanto, humanizar é senão incluir e produzir o comum em meio à diferença, a heterogeneidade dos sujeitos e suas respectivas propostas e anseios. Fomentar a inclusão na saúde, por meio dos processos e arranjos da Política de Humanização, é o mesmo que criar estratégias, forjar mecanismos e caminhos que incitem seus vários sujeitos a reconhecer-se como produtores de suas próprias mudanças. Ou seja, humanizar a saúde através da inclusão é empoderar seus atores, fazendo com que os mesmos sintam-se sujeitos pertencentes ao processo sócio-político e institucional, no que condizem as tomadas de decisões e avaliação dos/nos serviços de saúde. No que refere-se a coletividade dar-se, segundo Pasche (2009), através do método da tríplice inclusão (1. Inclusão dos sujeitos na construção de espaços coletivos, 2. Inclusão de coletivos, redes e movimentos sociais, e 3. Inclusão de analisadores sociais), já que viabiliza o agrupamento de diferentes posições não necessariamente coincidentes, mas que tenham um interesse comum.

Continuando nesta vertente de entendimento, adentraremos numa discussão relativa aos princípios²³ normativos e as diretrizes e dispositivos²⁴ operacionais da política. O documento intitulado, *HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS* (2008), apresentam-nos como os princípios da política: a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Já Benevides e Passos (2005) apud Miranda (2009) acrescentam-nos, também como princípios, a valorização subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional e fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS.

Pensar a Humanização, a partir desta gama de princípios, remete-nos a refletir, que esta política busca, se não a efetivação de um sistema de saúde que atenda as constantes e infinitas demandas da sociedade civil, através da prestação de serviços alinhados a lógica da equidade, da justiça social, de acesso universal e integralizado. Logo, o que se propõe com a efetivação da Humanização é a promoção da vida, é a transformação e reconfiguração das políticas públicas de saúde, muitas vezes alinhadas a lógica mercantil, minimizadora e fragmentada. Benevides e Passos (2005) afirmam que esta transformação inicia-se no modo como os sujeitos envolvidos no processo, reconhecem-se enquanto agentes de transformação, atuando em coletividade, para que estas idealizações na saúde sejam, realmente, efetivadas. Logo,

transformar os modos de construir as políticas públicas de saúde impõe o enfrentamento de um *modus operandi* fragmentado e fragmentador, marcado pela lógica do especialismo e do que se supõe como especificidade da humanização em determinadas áreas (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

²³“Por princípio entende-se o que causa, ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. A PNH, como movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão [...]” (BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. **HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.).

²⁴Segundo Santos Filho e Figueiredo (2009), são estratégias que fomentam mudanças nos âmbitos da atenção e da gestão. Santos Filho (2007) acrescenta: “[...] representam potenciais mudanças, mas desde que sejam efetivamente operacionalizados. Dependem, assim, de complexos processos de implantação, em meio a fatores favoráveis e desfavoráveis, exigindo negociação com diferentes atores.” (SANTOS FILHO, S. B. *Perspectiva da avaliação na Política Nacional de Humanização: aspectos conceituais e metodológicos*. In *Ciência e Saúde Coletiva*. Brasília, 2007.)

Assim, a política impõe a superação desta lógica fragmentada na saúde, que em muitas vezes, fomenta e resulta na desmobilização e despotencialização dos sujeitos e seus coletivos. Ou seja, determina-se que, a superação deste percalço dar-se através da inclusão e do acolhimento destes sujeitos nos muitos processos da saúde, instaurando uma relação baseada na troca de diálogos e saberes e na inter-relação, resultando numa construção coletiva, fomentando a formação de espaços mobilizadores/ mobilizados e transformadores/ transformados.

Retomando a discussão sobre a transversalidade da política, é relevante salientarmos que a Humanização, hoje, não é mais um programa de governo, mas uma política pública que, enquanto transversal, ultrapassa as fronteiras do SUS, implica na consolidação e/ou reafirmação daquilo que propõe e constitucionaliza este sistema. Deslandes (2005) acrescenta ao nosso estudo aventurando afirmar que a transversalidade aplica enquanto conceito-princípio à PNH, “pode estar presente em vários níveis da produção de cuidados de saúde, da recepção do usuário à gestão e planejamento das ações” (DESLANDES, 2005).

[...] É superar a organização do campo assentada em códigos de comunicação e de trocas circulantes nos eixos da verticalidade e horizontalidade: um eixo vertical que hierarquiza os gestores, trabalhadores e usuários, e um eixo horizontal que cria comunicações por estames [...] é produzir uma comunicação multivetorializada construída na intercessão dos eixos vertical e horizontal. (DESLANDES, 2005)

Ou seja, entender a PNH como uma política transversal obriga-nos a enxergá-la como uma política que rompe fronteiras, que quebra paradigmas. Seu objetivo é, senão, consolidar transformações, mudanças estruturantes e estruturadas. É proporcionar o incentivo ao diálogo, é construir a troca de saberes multilateral, na qual envolva os vários sujeitos nos variados processos. É, em especial, superar e ultrapassar aquilo que muitos teóricos e críticos da área caracterizam como conceito-sintoma²⁵. Sobre esta crítica ao conceito sintomático que se tem da política, Benevides e Passos (2005), acrescentam-nos:

²⁵Como nos auxiliam Benevides e Passos (2005), o conceito-sintoma caracteriza a política como sem ação, sem movimento, sua atuação dar-se a partir, ou na, reprodução das práticas já postas. Suas práticas atenuam a fragmentação na saúde, estão limitadas a poucos profissionais e focadas numa vertente mercadológica da saúde, no reforço a clientelização dos serviços e na preocupação somente com a qualidade dos mesmos.

Se partirmos da crítica ao conceito-sintoma, concluímos afirmando a humanização como um conceito-experiência que, ao mesmo tempo, descreve, intervém e produz a realidade nos convocando para mantermos vivo o movimento a partir do qual o SUS se consolida como política pública, política de todos, política para qualquer um, política comum (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Esta crítica ao modelo sintomático que a humanização adota e vem se materializando nos serviços e produtos no campo da saúde, é o mesmo que desnaturalizar as práticas alienadas que estão em loco, envolver os vários agentes e entes, enquanto sujeitos ativos e mobilizadores de transformação, é apontar à criação de estratégias, instituir vínculos. É, portanto, a criação de um modo novo, modo de fazer saúde. No qual, podemos intitular ou caracterizar como conceito-experiência da humanização.

Outro princípio que merece destaque ao debate é o da indissociabilidade entre atenção e gestão. Este princípio efetiva-se, prioritariamente, a partir da corresponsabilidade dos vários sujeitos nos processos de atenção e gestão. É quando os mesmos são/estão agregados nos processos de decisão e na construção das políticas que constituem o sistema de saúde nacional. Ou seja, é a construção do que pode se denominar de cogestão²⁶, *“também planeja quem executa”* (BRASIL, 2006 apud MORI; OLIVEIRA, 2009).

A concepção de cogestão pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Configura-se como um modelo que inclui os diferentes sujeitos no processo de análise e tomada de decisão. Uma das marcas da cogestão é a perspectiva de construção compartilhada de conhecimentos (e intervenções), considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2008; CAMPOS, 2006, 2003, 2000 apud SANTOS FILHO; FIGUEIREDO, 2009).

O material intitulado HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS (2008), pontuam sobre esta inseparabilidade entre atenção e gestão, como:

²⁶Segundo Santos Filho e Figueiredo (2009) esta cogestão constrói-se nos colegiados gestores. Estes, *“são concebidos como espaços/instâncias que reúnem representantes dos trabalhadores e gestores, onde se formulam e se apreciam propostas procedentes dos diversos atores (trabalhadores, gestores e usuários), deliberando-se sobre plano diretivos/operativos, garantindo: o compartilhamento do poder dos diferentes membros, a coanálise, a codecisão e a coavaliação das propostas, metas, indicadores e aspectos próprios da articulação do processo local de trabalho”* (SANTOS FILHO; FIGUEIREDO, 2009).

Alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho; inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos; e integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho (BRASIL, 2008).

Como elencamos, anteriormente, os teóricos e os marcos legais da PNH ainda apontam-nos como princípios a co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, a valorização subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional e fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS. Entretanto, podemos intervir frisando, que estes são resultados dos princípios debatidos nos parágrafos anteriores, por isso a atenção dada aos mesmos. É com a reafirmação/ consolidação das propostas dos SUS e fomento de uma cogestão, aqui apresentada na indissociabilidade entre atenção e gestão, que se constrói o fortalecimento das práticas coletivas, vislumbradas na valorização da dimensão subjetiva e do empoderamento dos sujeitos.

O material, *HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS* (2008), elenca-nos como diretrizes, ou orientações gerais para o desenvolvimento da pesquisa: a clínica ampliada, a cogestão (princípio e diretriz), acolhimento, ambiência, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários, fomento das grupalidades, coletivos e redes e construção da memória do SUS que dá certo.

Quanto a clínica ampliada, a PNH define como a reconstrução dos arranjos e estruturas conservadoras que permeiam interior dos ambientes de promoção e recuperação da saúde. Esta diretriz presume a instauração de uma nova dinâmica de saúde, nestes ambientes, de sua concepção para além da ausência de doenças, acima de questões puramente epidemiológicas, mas a reavaliação dos processos de trabalho com o fomento de intervenções terapêuticas, que superam a ideia de “*coisificação*”²⁷ do sujeito que está inserido no processo. Esta ampliação, por vez requer:

²⁷Balint (1988) apud Traverso-Yépez; Morais (2004), afirma: “[...] quanto mais o médico enfatiza o órgão doente e não a pessoa, menos chance terá de entender os sintomas do paciente, justificando, assim, a necessidade de esse profissional ter uma adequada formação psicoterapêutica.” (TRAVERSO-YÉPZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *In Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2004)

1) tomar a saúde como seu objeto de investimento, considerando a vulnerabilidade, o risco do sujeito em seu contexto; 2) ter como objetivo produzir saúde e ampliar o grau de autonomia dos sujeitos; 3) realizar a avaliação diagnóstica considerando não só o saber clínico e epidemiológico, como também a história dos sujeitos e os saberes por eles veiculados; e, 4) definir a intervenção terapêutica considerando a complexidade biopsíquicosocial das demandas de saúde (BRASIL, 2008)

Pasche (2009) acrescenta frisando que esta ampliação clínica caminha no sentido de intensificar o diálogo e interferência dos sujeitos nos processos da gestão e da atenção na saúde, ampliar estas ofertas de gestão e cuidado, através da inclusão de alteridades, reconhecimento e reforço da ideia de personalização do cuidado e dos processos de gestão, considerando que este contexto é abarcado por interesses e desejos de diferentes sujeitos e realidades, o que torna o processo dinâmico. Ou seja, os processos de trabalho, a partir desta ampliação clínica, não podem atuar através de “receitas prontas”, fruto de práticas rotineiras, mas reconhecer a dialética do processo, que o torna constante e em movimento.

A Cartilha da PNH sobre Clínica Ampliada nos apresenta de forma clara e objetiva o que, definitivamente, é esta ampliação:

Um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular; assumir a RESPONSABILIDADE sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de INTERSETORIALIDADE; RECONHECER OS LIMITES DO CONHECIMENTO dos profissionais de saúde e das TECNOLOGIAS por eles empregadas – tarefa muito difícil para esses profissionais –, e buscar outros conhecimentos em diferentes setores, como no exemplo mencionado anteriormente onde o serviço de saúde incorporou o conhecimento acerca da situação de exclusão em que viviam seus usuários; e, assumir um compromisso ÉTICO profundo (BRASIL, 2004).

O acolhimento²⁸, “*porta de entrada do sujeito nos serviços de saúde*”, pauta-se na responsabilização da instituição promotora da saúde e seus respectivos profissionais, quanto ao sujeito/usuário. Este acolhimento deve atuar através de uma escuta qualificada, considerando as demandas individuais de cada usuário, para que

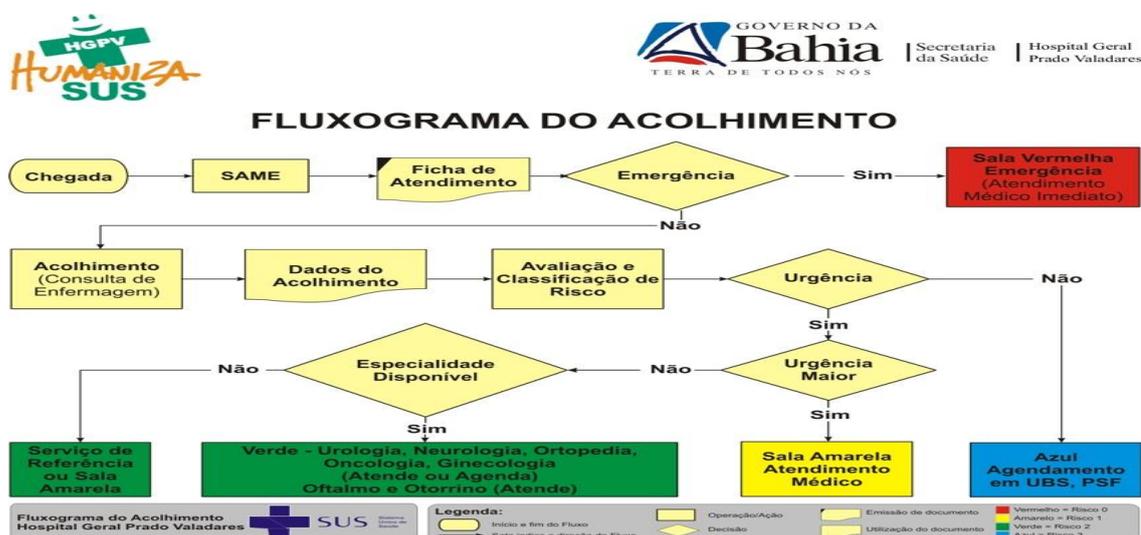
²⁸Corresponde, “[...], sobretudo, à disposição ético-política ao outro, fazendo da clínica, enquanto plano cuja potência permite escutar, cartografar e construir formas de intervenção.” (MENDES, 2007 apud SOUZA, MENDES, 2009).

lhe seja ofertada uma atenção integral e resolutiva. O acolhimento deve zelar por fatores estruturais e humanos, seus rebatimentos imbricam desde seu exercício por classificação de risco, depois de feito o processo de triagem, como de capacitação de recursos humanos aptos a humanização das relações em serviço. Pasche (2009) determina que o acolhimento deve ser compreendido como:

[...] atitude de abertura a recepção de necessidades de saúde que se expressam na forma de demandas para os serviços e profissionais de saúde. Acolher requer a construção de respostas satisfatórias às necessidades, independentemente da lógica de organização dos serviços, que devem ter o acolhimento como diretriz norteadora de sua forma de funcionamento. O acolhimento é uma diretriz ética, portanto inegociável e, por isto, uma direção fundamental para a construção de redes de atenção, redes de cuidado. (PASCHÉ, 2009)

Sobre o acolhimento em classificação de riscos, segue abaixo uma figura ilustrativa esboçando o fluxograma sobre os níveis de classificação ao acolhimento:

FIGURA 1: Fluxograma do Acolhimento



(Fonte: Banco de dados da SESAB – BA)

Acorda o MS, através da Cartilha da PNH sobre o Acolhimento, que a classificação de riscos, expressa na Figura I, se dá nos seguintes níveis²⁹:

Vermelho: **prioridade zero** – emergência, necessidade de atendimento imediato.

²⁹Dados coletados do material, *HumanizaSUS:acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde* (BRASIL, 2004).

Amarelo: **prioridade 1** – urgência, atendimento o mais rápido possível.

Verdes: **prioridade 2** – prioridade não urgente.

Azuis: **prioridade 3** – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

Sobre esta forma de acolhimento, Santos Filho (2007) ratifica:

No “acolhimento com avaliação de risco”, ou seja, na produção desse serviço (o atendimento), está-se procurando imprimir uma marca da humanização que reorienta a abordagem da população, modificando a tecnologia para o seu alcance e acessibilidade, priorizando casos de maior gravidade (necessidades singulares), e disparando mecanismos (e níveis) adequados de respostas. (SANTOS FILHO, 2007)

Nesta mesma ótica, elucidamos a relevância do acolhimento nos serviços de saúde, haja vista que é a partir do processo de escuta que são construídos os primeiros “laços” com os usuários, é neste mesmo processo que pode-se potencializar, a partir das singularidades e particularidades de cada indivíduo, estratégias de intervenção, ou melhor, ações que reafirmem-nos enquanto agentes transformadores e atuantes dos seus próprios processos de mudança e superação de suas fragilidades. Deslandes (2005) afirma:

[...] as conversas seriam a substância por excelência do processo de trabalho em saúde, construindo técnicas de grande impacto social e elemento indispensável de uma lógica tecnoassistencial capaz de negociar as necessidades de seus usuários e os meios de satisfazê-las. (DESLANDES, 2005)

Ou seja, insere o usuário nos serviços de saúde, tendo o acolhimento como a “porta de entrada neste, a partir da escuta são reconhecidas as demandas, fragilidades e particularidades de cada caso e indivíduo, já que também leva-se em consideração o universo no qual o mesmo está imenso. E, a partir de então são construídas estratégias e medidas de intervenção, envolvendo os vários sujeitos nesses processos, emponderando-os enquanto agentes transformadores. Este acolhimento ainda,

[...] implica prestar um atendimento com **resolutividade** e **responsabilização**, orientando, quando for o caso, o paciente e a

família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. [...] O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma **postura ética**, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. (CARTILHA DA PNH: ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS, 2004) (Os grifos não estão no texto original).

Quando ressalva-se e enfoca-se a resolutividade, responsabilização e a postura ética, em analogia com o acolhimento, é, primeiramente, por acreditarmos que este é o primeiro passo à garantia dos direitos na saúde, à integralidade e a universalização do atendimento e desverticalização dos processos de atenção e gestão. Segundo, porque não pode tornar os sujeitos envolvidos no processo, como inertes, minimizá-los somente à condição de doente, mas empoderá-los enquanto sujeitos responsáveis por suas próprias mudanças, e o primeiro avanço a este ideal, é torná-los sujeitos de direitos. Já a postura ética, pressupõe além do compromisso e respeito às fragilidades e demandas de cada usuário, seja no sigilo de informações, como também de uma escuta acolhedora e humanizada, mas superar a dinâmica tecno-burocrática que, hoje, se tem na saúde, que desconhece o sujeito, mas quantifica-o, o reduz a condição de objeto mercadológico, nesse contexto capitalista que se tem na saúde.

Entende-se também, que para além dos processos e serviços prestados, a estrutura física, na qual são executadas ações de produção e promoção de saúde, é um fator de forte rebatimento na resolutividade e eficácia nos serviços da saúde. Logo, a PNH delibera a ambiência como o dispositivo, que tem essa sensibilidade de levar à questão o espaço físico como fator de relevância na saúde, fazendo deste um local acolhedor, onde o sujeito sinta-se predisposto, envolvido e pertencente ao direito a saúde.

Humanização significa pôr os sujeitos, as pessoas, em primeiro lugar na construção do cuidado e da gestão; e, nesta perspectiva, a reconstrução dos espaços de trabalho deve ser um exercício para (1) adequar o ambiente de trabalho às diretrizes de reorganização dos processos de trabalho (em equipe e cogêridos) e (2) responder aos interesses dos trabalhadores de saúde e dos usuários (ambiente acolhedor, agradável, como dispositivo de produção de bem-estar e de saúde). (PASCHE, 2009)

Quando a arquitetura dos espaços de trabalho em saúde é discutida, vai-se além da formalização cotidiana desses espaços. Mas, do que pressupõe o dispositivo da ambiência, esses ambientes devem ser, primeiramente, espaços de coletividade, no qual todos tem direito aos serviços de saúde; e segundo, espaços humanizados, de escuta, de respeito às particularidades e fragilidades dos envolvidos. A cartilha elaborada pelo MS (CARTILHA DA PNH: AMBIÊNCIA, 2008) aponta que estes espaços devem ser de encontro de sujeitos, na troca de experiências e fomento à coletividade, e lugares de confortabilidade, no qual haja uma estrutura que garanta uma excelente prestação de serviços de saúde, aos sujeitos demandantes dos mesmos.

Quando confrontada a AB, a ambiência ressalva que,

[...] esses espaços devem ser pensados de maneira a integrar as equipes de trabalho que atuam numa mesma unidade, criando áreas que, além de multifuncionais, possam ser compartilhadas pelas equipes, como, por exemplo, os espaços de acolhimento da entrada, as áreas de encontros entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários. Temos cada vez mais reafirmado a importância de se criar/adaptar espaços coletivos destinados a reuniões, orientações, palestras, oficinas e outros equivalentes. (CARTILHA DA PNH: AMBIÊNCIA, 2008)

É importante ainda frisarmos sobre a dialética que existe entre os dispositivos. No exemplo do acolhimento e a ambiência, é necessário para que haja o acolhimento de forma ética e humanizado um espaço mínimo a sua execução. Através da ambiência se propões, também, a ampliação da clínica ou visita aberta. Quando se elenca sobre uma estrutura que conforte os processos de trabalho na saúde, preocupa-se também com condições necessárias ao trabalhador envolvido nesse processo, valorizando-o. Ainda, respalda-se, acima de tudo, o respeito a individualidade de cada indivíduo, no reforço da coletividade e respeito à cultura e às diferenças.

Abaixo segue uma tabela com os elementos³⁰ que reforçam os itens e deliberações relativos a ambiência:

³⁰É importante salientar que todos esses dados foram extraídos da Cartilha da Ambiência (2008) desenvolvida pelo MS da saúde.

TABELA I – ELEMENTOS DE COMPOSIÇÃO DA AMBIÊNCIA	
Morfologia	Formas, dimensões e volumes configuram e criam espaços, que podem ser mais ou menos agradáveis ou adequados para as pessoas;
Luz	A iluminação, seja natural ou artificial, é caracterizada pela incidência, quantidade e qualidade. Além de necessária para a realização de atividades, contribui para a composição de uma ambiência mais aconchegante quando exploramos os desenhos e as sombras que proporcionam. A iluminação artificial pode ser trabalhada em sua disposição, garantindo privacidade aos pacientes com focos individuais nas enfermarias, facilitando as atividades dos trabalhadores e também a dos pacientes. A iluminação natural deve ser garantida a todos os ambientes que permitirem, lembrando sempre que toda pessoa tem direito à noção de tempo – dia e noite, chuva ou sol – e que isto pode influenciar no seu estado de saúde;
Cheiro	Considerar os odores que podem compor o ambiente, interferindo ou não no bem-estar das pessoas;
Som	Podemos propor a utilização de música ambiente em alguns espaços como enfermarias e esperas. Em outro âmbito, é importante considerar também a proteção acústica que garanta a privacidade e, controle, alguns ruídos;
Sinestesia	Diz respeito à percepção do espaço por meio dos movimentos, assim como das superfícies e texturas;
Arte	Como meio de inter-relação e expressão das sensações humanas;
Cor	As cores podem ser um recurso útil uma vez que nossa reação a elas é profunda e intuitiva. As cores estimulam nossos sentidos e podem nos encorajar ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento ou ao movimento. Podem nos fazer sentir mais calor ou frio, alegria ou tristeza. Utilizando cores que ajudam a refletir ou absorver luz, podemos compensar sua falta ou minimizar seu excesso;
Tratamento das áreas externas	Este se faz necessário já que, além de porta de entrada, constitui-se muitas vezes em lugar de espera ou de descanso de trabalhadores, ambiente de ‘estar’ de pacientes ou de seus acompanhantes. Jardins e áreas com bancos podem se tornar lugar de estar e relaxamento. Nas Unidades Básicas essas áreas são importantes espaços de encontros e integração, locais de passagem em seus diferentes sentidos, que podem configurar-se como espaços e momentos de diferentes trocas, contribuindo para a produção de saúde como descreveremos mais adiante. Podem ser criadas ambiências externas multifuncionais, tanto para espera confortável quanto para diferentes práticas de convívio e interação, incluindo atividades físicas como relaxamento, alongamento (ginásticas, tai chi, etc.) tanto para

	trabalhadores como para usuários;
Privacidade e individualidade	A privacidade diz respeito à proteção da intimidade do paciente, que muitas vezes pode ser garantida com uso de divisórias ou até mesmo com cortinas e elementos móveis que permitam ao mesmo tempo integração e privacidade, facilitando o processo de trabalho, aumentando a interação da equipe e ao mesmo tempo possibilitando atendimento personalizado. Individualidade, refere-se ao entendimento de que cada paciente é diferente do outro, veio de um cotidiano e espaço social específico. A arquitetura tem também seu papel no respeito à individualidade quando se propõe, por exemplo, a criar ambientes que ofereçam ao paciente espaço para seus pertences, para acolher sua rede social, entre outros cuidados que permitam ao usuário preservar sua identidade;
Confortabilidade	Também pressupõe possibilitar acesso dos usuários a bebedouros e às instalações sanitárias, devidamente higienizadas e adaptadas aos portadores de deficiências.

Assim, em concordância a todos esses elementos, os espaços de produção e promoção da saúde devem ser locais de produção da subjetividade, no qual os vários sujeitos envolvidos (sejam profissionais e usuários dos serviços) comuniquem-se, troquem experiências, reforcem a coletividade. Onde a inclusão seja o alicerce dos processos de trabalhos, no qual a valorização do trabalhador e seus trabalhos seja reforçada, no qual seja otimizados recursos que convalidem um atendimento humanizado e acolhedor.

Desde o início desse capítulo II foi sinalizada a indissociação entre atenção e gestão, gestão participativa ou co-gestão, todos esses princípios convalidam o dispositivo da valorização do trabalho e trabalhadores da saúde. Na ótica desse dispositivo é levada em consideração a lógica subjetiva no interior e cotidiano das práticas de saúde. Segunda a Cartilha de Valorização dos Trabalhadores da Saúde (2006), elaborada pelo MS, a este dispositivo são considerados a construção da autonomia e protagonismos dos profissionais nas deliberações e responsabilidade dos mesmos nas tomadas de decisões, relativas aos processos da atenção e gestão.

No processo de trabalho em saúde tem se ressaltado que as instituições devem ser espaços de produção de bens e serviços para os usuários, e também espaços de valorização do potencial inventivo dos sujeitos que trabalham nessas instituições/serviços: gestores,

trabalhadores e usuários. O trabalho é o que está definido de forma prescritiva para ser executado pelos diferentes profissionais, mas também e, principalmente, o que efetivamente se realiza nas situações concretas de trabalho. Inclui, portanto, o esforço que se despende no cotidiano profissional, para o trabalhador dar conta dos acordos e pactos realizados com o gestor e com os companheiros de trabalho, em função das necessidades dos usuários. (CARTILHA DE VALORIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE, 2006)

Por fim, discutiremos nos parágrafos subseqüentes os dispositivos do direito dos usuários e a construção e reforço da coletividade. Quando nos deparamos a refletir sobre a categoria direito na saúde, exclusivamente reflete-se sobre “acesso”. Logo, o direito na saúde, remota a acessibilidade do sujeito usuário dos serviços, às ações de promoção, produção e prevenção à saúde, prioritariamente, porque o acesso é uma das lacunas, se não for a de maior visibilidade, que permeia o interior das unidades de saúde, sejam as baixa, média e/ou alta complexidade.

Miranda (2009) em sua produção teórica apresenta alguns determinantes sociais (raça, cor, escolaridade, classe social, entre outros), como condicionantes que afetam intrinsecamente a forma do atendimento, principalmente em locais públicos de prestação de serviços de saúde. Demora no atendimento, ou não atendimento, migração entre unidades, em virtude da especificidade da patologia, hierarquização do atendimento e da doença, são fatores que afetam a problemática do atendimento, conseqüentemente, o direito ao mesmo. Também, justificado pelos mesmos determinantes, debate-se as formas de atendimento, muitas vezes caracterizados pelo desrespeito, discriminação, descompromisso com a ética, resultando em condições desumanizadoras na saúde. Miranda (2009) cita dados de uma Pesquisa Mundial de Saúde (LEAL et AL, 2005 apud MIRANDA, 2009) apontando que essas formas de discriminação (em especial, falta de dinheiro e classe social) elevam os percentuais de indivíduos não tiveram seu direito respeitado, ou melhor, foram excluídos dos serviços. A autora contribui, alertando os profissionais de saúde a uma formação mais sensibilizada, na qual esses determinantes sejam foca de intervenção.

Os determinantes sociais devem ser considerados como elementos importantes na formação dos profissionais de saúde. A educação do trabalhador em saúde precisa incluir em seu conteúdo o significado de exercer um trabalho dentro de uma esfera pública, onde não é benesse alguma ou “favor”, a prestação de um serviço, mas sim, tal

processo faz parte de um conjunto de atividades onde **o usuário é o centro da atenção**. (MIRANDA, 2009) (Os grifos são originais)

Neste mesmo raciocínio, debatemos a relevância do fomento à grupalidade e a coletividade, seja entre profissionais e usuários, como também entre as várias áreas, no interior das unidades de saúde. O reforço ao diálogo e à construção de uma atuação interdisciplinar parecem tarefas difíceis, em meio a configuração caótica que se encontra a saúde pública, marcada por uma prática profissional fragmentada, impessoal, descompromissada com a ética, desumana. Percebe-se o não envolvimento entre profissionais e usuários, como também entre os mesmo profissionais.

Precisa que esse reforço à grupalidade seja capaz de tornar esses sujeitos atores e interventores de suas próprias mudanças, protagonistas de sua intervenção, “capazes de produzir e (re) produzir ações, fomentar idéias, trocas de experiências” (MIRANDA, 2009), criar, além de tudo, inseparabilidades³¹.

Com isso, ao estimular a grupalidade, o coletivo e a rede, a PNH contribui para a uma relação mais democrática, participativa e horizontal entre os principais atores que compõem o sistema de saúde (gestores, profissionais de saúde, usuários e suas famílias....). (MIRANDA, 2009)

Discutidos o desenho da PNH e seus respectivos dispositivos partiremos, na próxima seção, ao debate sobre a atual configuração da política, sobre seu nível de efetivação, seus avanços, suas lacunas, sobre, principalmente, como pensar estratégias de intervenção às eventuais situações que fragmentam e prejudicam o acesso, a integralidade e resolutividade da política.

³¹“Sujeito e objetivo de conhecimento, pesquisador e profissionais de saúde não podem ser tomados como polos separados. Ao contrário, o desafio é o da criação de protagonismos, fazendo com que o profissional de saúde participar do processo de produção de conhecimento acerca de sua prática.” (MELLO; BOTTEGA, 2009)

3.3. Política Nacional de Humanização da Saúde: Uma política já efetivada?

Quando indagamos sobre a efetividade da PNH, cabe-nos prioritariamente refletir sobre a efetividade do sistema, haja vista a dialética entre a PNH e o SUS, ocasionada pela transversalidade que a política adota. Sabe-se que é papel da PNH “manter pulsante” os ideais e princípios formadores do SUS. Logo, seu objetivo é senão a consolidação do que se propõe o sistema. Pasche (2009) acrescenta: “a construção do bem comum e a luta intransigente contra a cooptação [...] do Estado [...]” (PASCHE, 2009).

Para responder se a PNH é uma política já efetivada deve-se analisar sobre o direito à saúde³², as formas de acesso aos serviços, como se está caracterizado essas formas de serviço, quais são os espaços onde os mesmos são prestados, quais os níveis de satisfação da equipe prestadora, como também dos atores usuários. Existe uma gama de situações que envolvem a discussão sobre esta efetividade, mas, além desses citados anteriormente, acrescentamos, auxiliados a Mori e Oliveira, 2009, o princípio da democratização (ou seja, realmente, os usuários têm acesso ou o direito ao serviço), a descentralização (caracterizada na indissociação entre atenção e gestão, fomento à co-gestão), a construção coletiva (reforço a grupalidade e coletividade) e transversalização e capilarização de todo o processo (elencamos como conformidade e inter-relação aos princípios básicos da SUS).

É algo desafiador e problemático debater sobre a efetividade da PNH, primeiro, porque é uma política um tanto recente, criada em 2004. Segundo, existe uma visão “deturpada” e não real, sobre o que realmente preconiza e pressupõe a humanização, muitas vezes confundida com a prática de caridade e assistencialismo. Cultura esta enraizada, também, nas equipes profissionais. Sobre esta polissemia do tema na saúde Deslandes (2005) enaltece:

Os principais sentidos atribuídos à humanização do atendimento, desde então, vão desde uma perspectiva caritativa, messiânica de “doar-se ao próximo”, até a integração mais recente, a partir dos anos 90, do discurso dos direitos do cidadão em ter acesso a uma

³²“Acesso com responsabilização e vínculo; continuidade do cuidado em rede; garantia dos direitos aos usuários; aumento da eficácia e dos dispositivos” (MELLO; BOTTEGA, 2009).

atenção de qualidade, inserindo-se no contexto de um projeto político para a Saúde Pública. (DESLANDES, 2005)

São notórias as lacunas presentes no contexto da humanização, seja na conjuntura da saúde pública, como também, no contexto privado. É possível acrescentarmos, que existe dualidade entre dois projetos, afetando consideravelmente nas estratégias e manifestações inerentes à PNH. O primeiro projeto é o privatista, fruto da lógica tecno-mercantil, no qual “o ‘comércio’ da doença acaba se sobrepondo à dignidade das pessoas” (SIMÕES, 2007). Nesta vertente privatista da saúde, a atuação e responsabilização do Estado com as ações de saúde são quase mínimas. Ainda, os trâmites e planos de ações são acarretados por parcerias e privatizações com entidades privadas, ocasionando e intensificando a cultura da re-filantropização, voluntarismo, assistencialismo, a dicotomia entre universalização e focalização.

O segundo projeto político presente no contexto da saúde pública brasileira está relacionado às propostas advindas do movimento sanitarista, tendo como base a democratização do estado de direito, calcado no que preconiza a CF/88, “a saúde como direito do cidadão e dever do estado” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988). Ainda, uma maior responsabilização do Estado, através da elaboração e implementação de políticas e projetos sociais na saúde, visando uma maior ampliação das conquistas sociais, democratização e integralidade no acesso e envolvimento da sociedade nas deliberações, através do controle e participação social.

É necessária essa analogia com a conjuntura dos avanços, lacunas e o aparato da saúde pública, em especial, o SUS, para que compreendamos como, intrinsecamente, a real situação do SUS afeta, nas formar e efetivação e eficiência das propostas ligadas à PNH. Entretanto, não queremos, ainda, julgar se a política é efetiva ou não, mas conhecer os dados e fatores que afetam o seu resultado. Mais, não se avança uma política de saúde, com seu sistema organizacional em deficiência.

Reis et al (2004) em sua produção teórica “*A humanização na saúde como instância libertadora*” (2004), posicionam-se de forma extremista, quando hesitam elucidar que “a política de humanização encontra-se longe de constituir-se em realidade” (REIS et al, 2004), ainda,

O fato é que a ênfase dada ao empenho de humanização na saúde pende, amiúde, para o lado das necessidades imediatas do usuário ou cliente externo, de acordo com uma lógica dicotômica de confrontação alimentada por uma tradição paternalista, cujo efeito se traduz na opacidade dos serviços (REIS et al, 2004)

Concordamos que a execução que se têm, diverge do que se propõe constitucionalmente, que a construção e entendimento do que é a PNH, no real, não pode ser uma ação imediata, má compreendida. Mas, deve-se levar em consideração a falta de iniciativa governamental, problemas estruturais, de abrangência macropolítica, tais como descentralização de poder e iniciativas, no sistema de saúde nacional. Sabe-se ainda, que é necessário romper paradigmas, criar intervenções, mobilizar atores, mas acima de tudo, é preciso que se tenha formação³³, uma estrutura mínima para consolidar os objetivos e forjar as metas. Como diz o velho aristocrata no filme Visconti, “se faz necessário que algo mude, para que o essencial continue intato”.

O institucionalismo caótico que é dado, atualmente, é outro fator que desorganiza e acarreta negativamente na execução da PNH. Reis et al (2004) afirmam:

[...] uma política de humanização efetiva, só pode ser funcional se compreendida como uma verdadeira intervenção institucional [...] Para isso, essa intervenção não pode ser menos que uma política, isto é, um dispositivo de amplo alcance sustentado pela maior instância de gestão do Estado (REIS et al, 2004).

Pode-se reconhecer e julgar a PNH como uma política já efetivada se houver, no interior das unidades de saúde, vínculo e responsabilização concretos entre os profissionais e o público usuário, se realmente houver acolhimento, visivelmente, analisado com a redução considerável das filas e tempo de espera nas mesmas, garantia do direito ao acesso a saúde, garantia de uma gestão participativa e descentralizada aos profissionais e usuários e ações de capacitação e valorização da equipe multidisciplinar, incluindo educação permanente, dentre outros. É importante sinalizarmos que,

³³Reis et al (2004) acreditam que as instituições de formação profissional são partes fundamentais ao processo de mudança e intervenção.

“a humanização se instaura como objetos a serem tratados de modo qualitativo, buscando-se significados dessas ações/relações sociais na ótica dos sujeitos/atores do processo (SANTOS FILHO, 2007).

Realmente, é muito arriscado declararmos que a PNH é uma política efetivada, mas também é um tanto extremista dizermos o contrário. O mais sábio é elucidarmos que a política caminha à efetivação, a passos lentos, mas está a seguimento do seu ideal. Acrescentamos fazendo uma analogia com o SUS, que mesmo com os consideráveis avanços, lacunas fragmentam e deturpam a imagem do sistema, à sociedade civil. Assim também, encontra-se a PNH, com a necessidade de uma maior adesão por parte das secretarias municipais de saúde, fomento de iniciativas consolidadas do Estado à sua manutenção e implementação.

A incorporação efetiva de organismos, já existentes, de participação da comunidade, assim como as criações de novos dispositivos, surgem como formas decisivas de intervir na gestão institucional dos problemas, de realizar a humanização da saúde como instância de libertação (REIS et al, 2004).

É preciso entender que, unicamente, a PNH efetivar-se-á quando for uma política consciente, amparada na primazia do bem comum, expresso numa rede de valorização e manutenção dos direitos dos profissionais e usuários da saúde. Quando a cogestão for uma diretriz ético-política, uma forma de democratizar o poder (MORI; OLIVEIRA, 2009). Ainda,

devemos considerar que, para melhor atingir seus objetivos, devam se orientar pelo denominado princípio da humanidade, pelo qual o homem deve ser considerado como o centro da ação ética, aceitando-se a aplicação do imperativo categórico kantiano que afirma que a ação eticamente adequada deve considerar o homem como um fim em si mesmo, e não somente como um meio de satisfação dos interesses das diversas forças sociais atuantes na atenção em saúde (FORTES, 2004).

4. A PESQUISA DE CAMPO.

4.1. Procedimentos Metodológicos.

O método³⁴ se concretiza nas diversas etapas ou passos que devem ser dados para solucionar um problema, ou o questionamento a que se remete uma pesquisa social. Entende-se, então, como “a coordenação unitária dessas diferentes etapas” (RAMPAZZO, 2004), ou seja, é a definição dos processos à obtenção dos resultados (coletas de informações e análise das mesmas). Segundo Rampazzo (2004), o que define o tipo de método é o objeto de investigação. Assim, a metodologia desta pesquisa busca analisar as reais estratégias e propostas que preconizam a implantação da PNH, no âmbito da AB, do município de Alagoinhas – BA.

Então, neste item foram apresentados, detalhadamente, os procedimentos utilizados na coleta e/ou construção dos dados relevantes ao conhecimento da realidade pesquisada. Primeiramente, é imprescindível sinalizar que este material teórico é resultado de uma pesquisa qualitativa, aqui vista como uma das formas da Pesquisa Social que tem maior preocupação e detalhamento com os dados³⁵, para além da dimensão quantitativa. Ou seja, buscou-se com a investigação qualitativa uma maior aproximação com a realidade da AB, da SESAU, no que condizem informações que vão além de dados estatísticos e/ou numéricos, mas um universo que envolve significados, apreensões, crenças e valores. Portanto, “um universo mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 1994).

³⁴“LAKATOS & MARCONI (2001) definem método como um conjunto de atividades sistemáticas e racionais que favorecem o alcance de objetivos, traçando o caminho a ser trilhado, detectando possíveis erros e auxiliando na tomada de decisões do pesquisador” (LAKATOS; MARCONI, 2001 apud CAMPOS, 200?).

³⁵É notório ressaltar que nesse enunciado, não há a intenção de colocar os métodos qualitativos e quantitativos em confronto. Até porque, ambos não se opõem, mas interagem dialeticamente, na qual uma pesquisa complementa a outra. Logo, “[...] quando os mesmos são utilizados dentro dos limites de suas especificidades é que podem dar uma contribuição efetiva para o conhecimento da realidade, isto é, a busca da **construção** de teorias e o levantamento de hipóteses” (MINAYO; SANCHES, 1993) Os grifos são originais.

Esta pesquisa científica³⁶ fundamenta-se a partir de três momentos. O primeiro dar-se com o levantamento bibliográfico e fundamentação teórica, executado entre os meses de junho a novembro do presente ano. Neste período, foi feita uma revisão bibliográfica sobre todos os teóricos que abordam a temática “*Humanização na Saúde*”. Esta revisão bibliográfica deu-se a partir da leitura e análise de publicações em meios eletrônicos, periódicos e livros, todos constituindo o arcabouço bibliográfico da pesquisa. Entende-se que essa etapa é fundamental para identificar as principais produções acadêmicas e científicas, haja vista que dá embasamento ao pesquisador e possibilidades que reforcem a construção de novos entendimentos e teorias sobre o tema proposto, como também a criação de novos conhecimentos sobre a realidade pesquisada.

Esta revisão bibliográfica ou pesquisa exploratória, como é do conhecimento de alguns teóricos, articula-se, prioritariamente, em identificar e diferenciar as variáveis eminentes do objeto de pesquisa, a partir da literatura revisada. Esse momento, também, pode-se, popularmente, enunciar como a “*familiarização*” com a temática em análise. A esse processo inicial Minayo (1994) ressalva:

O processo começa com o que denominamos *fase exploratória da pesquisa*, tempo dedicado a interrogar-nos preliminarmente sobre o objeto, os pressupostos, as teorias pertinentes, a metodologia apropriada e as questões operacionais para levar a cabo o trabalho de campo. Seu foco fundamental é a construção do projeto de investigação (MINAYO, 1994). Os grifos são originais.

Deslandes (1994) acrescenta ratificando que na pesquisa bibliográfica, o pesquisador deve ter uma prática sistemática com o objeto e a realidade pesquisada, ponderar-se estabelecendo um diálogo crítico-reflexivo entre teoria e objeto de investigação, reconhecer que o conhecimento sobre a realidade pesquisada não é *eterno*, ou seja, varia de acordo com os determinantes e os condicionantes históricos que imbricam com a realidade.

O segundo momento caracteriza-se com a construção dos dados qualitativos³⁷, a partir da ida a campo³⁸. Aqui evidencia-se, veementemente, a

³⁶“A pesquisa científica requer flexibilidade, capacidade de observação e interação com os pesquisados. Seus conhecimentos devem ser corrigidos e adaptados durante todo o processo de trabalho, visando aos objetivos da pesquisa. No entanto, não se pode iniciar uma pesquisa sem prever os passos que deverão ser dados” (GOLDENBERG, 2009).

³⁷“Os dados qualitativos consistem em descrições detalhadas de situações com o objetivo de compreender os indivíduos em seus próprios termos. Estes dados não são padronizáveis como os

Pesquisa Qualitativa, entendida, segundo Minayo (1994), como uma das especificidades da pesquisa social que considera que os fenômenos e os processos sociais são entendidos e relacionados, a partir das determinações e transformações dadas pelos sujeitos.

Compreende uma relação intrínseca de oposição e complementaridade entre o mundo natural e social, entre pensamento e a base material. Advoga também a necessidade de se trabalhar com a complexidade, com a especificidade e com as dificuldades que os problemas e/ou “objetos sociais” apresentam (MINAYO, 1994).

Assim, a pesquisa deu-se com a execução de um trabalho de campo³⁹, no âmbito da AB, em Alagoinhas – BA, com a aplicação de entrevistas⁴⁰, utilizando roteiros⁴¹ semi- estruturados, na aplicação de questões básicas, que subsidiaram o processo, mas que permitiam alterações, como por exemplo, acréscimos de outras indagações, referentes a temática. Este roteiro foi o método de orientação do pesquisador durante esta pesquisa qualitativa. As entrevistas foram aplicadas entre os meses de junho a novembro, deste presente ano. Justifica-se, esse grande intervalo de tempo à pesquisa, em virtude dos limites institucionais (em especial, a restrição decorrente do período eleitoral), como também às particularidades dos entrevistados, ou sujeitos da pesquisa. Visto que, reconhece-se que os limites e possibilidades dos sujeitos de pesquisa devem ser respeitados. Logo, a pesquisa deve-se adequar a realidade do entrevistado, não o entrevistado adequar-se a dinâmica da pesquisa.

dados quantitativos, obrigando o pesquisador a ter flexibilidade e criatividade no momento de coletá-los e analisá-los. Não existindo regras precisas e passos a serem seguidos, o bom resultado da pesquisa depende da sensibilidade, intuição e experiência do pesquisador” (GOLDENBERG, 2009).

³⁸“[...] *um palco de manifestações de intersubjetividades e interações entre pesquisador e grupos estudados, propiciando a criação de novos conhecimentos* (CRUZ NETO, 1994).”

³⁹“[...] *uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo* (CRUZ NETO, 1994).”

⁴⁰Segundo Minayo (1996) citada por Miranda (2009), “*a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informações contidas na fala dos atores sociais*”.

⁴¹O roteiro de entrevista é constituído por 10 questões, onde são indagadas proposições sobre a funcionalidade das ações que viabilizam a implantação da PNH, como também uma reflexão sobre a realidade da saúde municipal. Este material segue em anexo no item Apêndices.

Elencam-se como sujeitos da pesquisa⁴², os gestores municipais⁴³ da saúde, desta Secretaria, em Alagoinhas – BA, em especial, aqueles vinculados a AB. A delimitação a este público deu-se, unicamente, decorrente da necessidade de uma análise e reflexão sobre a lógica da gestão das ações e propostas que preconizam uma possível implantação da PNH. São sujeitos desta pesquisa: um coordenador do setor de AB da SESA, um coordenador do Núcleo de Educação Permanente, dois supervisores das unidades de Saúde da Família e um coordenador da Diretoria de Assistência a Saúde.

Reconhece-se que na investigação qualitativa todos os sujeitos da pesquisa devem ser reconhecidos como atores que elaboram conhecimentos e produzem práticas adequadas, para investir nos problemas que identificam. Não podem ser considerados como imbecis (GARFINKEL apud CHIAZZOTTI, 2008). Mas sim, como sujeitos de pesquisa que identificam as demandas, analisam-nas, discriminam as necessidades prioritárias e fomentam suas respectivas intervenções. Devem ainda, serem vistos como “peças” fundamentais a operacionalização e desfecho da pesquisa.

No terceiro momento foram analisados os dados, com a utilização do método da análise de conteúdo. Este método tem por finalidade, segundo Minayo (1992) citado por Gomes (1994), estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte. Ou seja, *“encontrar respostas para as questões*

⁴²Foram identificadas na execução das entrevistas as profissões e cargos de cada gestor. São as profissões: Enfermagem, Odontologia e Serviço Social. Assim, no contexto desta pesquisa, a gestão da AB, da SESA, é composta por uma enfermeira e uma assistente social, compondo a equipe de supervisão das unidades de Estratégia de Saúde da Família – ESF, uma odontóloga coordenando no Núcleo de Educação Permanente, uma enfermeira que atua na coordenação da Diretoria de Assistência a Saúde – DAS (setor que administra e coordenada ações e propostas vinculadas a assistência a saúde) e uma enfermeira coordenadora da AB.

⁴³Segundo a NOB – SUS /96, *“o gestor do sistema municipal é responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados) situados em seu município. [...] Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 96)”*. Vale ressaltar, que no universo dessa pesquisa, a gestão da saúde em Alagoinhas, é representada pela além o Secretário Municipal de Saúde, mas juntamente com o mesmo, representado pelo sub-secretário, e os demais coordenadores e supervisores de setores e unidade, respectivamente.

formuladas e [...] confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação” (GOMES, 1994).

Minayo (2004) citada por Miranda (2009) complementa:

A análise de conteúdo [...] visa ultrapassar o nível de senso comum e do subjetivismo na interpretação de um determinado objeto e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observações. Ela exige que se tenha conhecimento das suas variadas técnicas ou modelos, como, por exemplo: o *modelo de comunicação instrumental*, que atribui importância ao contexto e às circunstâncias aos quais a mensagem é veiculada, colocando em segundo plano o imediatamente expresso por ela; e o *representacional*, que considera como fundamentais as palavras da mensagem, por elas conterem elementos indicativos, viabilizadores da análise do pesquisador. (SETÚBAL, 1999).

Fundamentado no pensamento de Gomes (1994), os dados foram analisados a partir de uma ordem de execuções. Primeiramente os mesmos foram ordenados, através da transcrição destes, já que foram gravados com o uso de meio eletrônico. Posterior a transcrição, estes foram classificados, a partir de uma reflexão à luz dos referenciais teóricos, elencando aqueles que eram relevantes ao entendimento da pesquisa. Por fim, estes mesmos dados foram analisados, articulando-os aos fundamentos teóricos, fazendo uma conexão entre teoria e prática (a construção empírica do dado qualitativo). O mesmo autor chama a atenção, aludindo que, mesmo após a análise final, o dado qualitativo nunca está totalmente pronto, deve ser considerado de forma provisória e aproximativa, visto que a realidade empírica sempre está em movimento, decorrentes dos inumeráveis determinantes/condicionantes sociais.

Estes dados qualitativos poderão ser observados nos itens subseqüentes, nas quais são abordadas as questões referentes a realidade empírica da saúde, em Alagoinhas – BA, contextualizando aos propósitos e diretrizes da AB, e sobre as reais possibilidades (propostas e ações), que vislumbram uma possível implantação da PNH, no âmbito da saúde municipal.

4.2. O universo da pesquisa e a apresentação de resultados

4.2.1. Alagoinhas – BA: Breve Histórico e contexto atual da saúde municipal;

Neste tópico propõe-se, inicialmente, um breve resgate histórico sobre o município de Alagoinhas⁴⁴, suas características demográficas, para que, situado este município, seja feita uma análise sobre a situação da saúde pública, especialmente no que diz respeito à Atenção Básica – AB. Neste sentido, a reflexão estabelecida se direciona a conceituação, diretrizes e normas funcionais que norteiam as ações no contexto da Atenção Básica, através de uma análise crítico-reflexiva sobre a portaria que a institucionaliza e outros marcos teóricos que tratam sobre o tema.

Segundo dados⁴⁵ do IBGE, de acordo com as informações do Censo 2010, o município de Alagoinhas – BA possui um número de 141.949 habitantes, numa área de 752,389 km², com densidade demográfica de 188,66 hab/km². Como consta no Plano Municipal de Saúde 2010-2013, o município, geograficamente sinalizando, situa-se na mesoregião do Nordeste baiano, fazendo fronteira ao sul com os municípios de Catu e Araçás, a norte com Inhambupe, ao leste com Entre Rios e Araçás e a oeste com Teodoro Sampaio e Aramari. Em decorrência da proximidade com a capital, Salvador, através das BRs 101 e 116, com distância de 107 km, o município caracteriza-se como cidade referência aos restantes circunvizinhos. O documento complementa:

É a 3ª Região administrativa do Estado, por isso abrange uma série de órgãos públicos e dentre eles a 3ª DIRES, EMBASA, DIREC, SAAE, TRT, INSS, EBDA, IBGE, Secretaria da Fazenda, Receita Federal, Correios, Ministério Públicos e Ministério do Trabalho (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010).

Historicamente referindo-se, segundo Santos (2009), a cidade nasce a partir da doutrinação religiosa dos padres que residiam no povoado, para com os poucos moradores que ali habitavam. Mas, é com a construção da estrada férrea que a cidade ganha seu apogeu. O povoado, que antes situava-se nas intermediações da

⁴⁴Segundo dados do IBGE, esse nome associa-se a grande presença de pequenas lagoas na região.

⁴⁵Esses dados foram extraídos do sítio eletrônico: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.

Igreja Velha (que nunca chegou a conclusão e, hoje, suas ruínas são um dos pontos turísticos do local), passa, com a construção da Estação Ferroviária de São Francisco, a localizar-se no entorno desta estação, ficando a construção da igreja abandonada.

A inauguração do trecho da Estrada de Ferro Bahia-São Francisco compreendido entre Pitanga e Alagoinhas, em 13 de fevereiro de 1863, com sua estação terminal localizada a 3 quilômetros da sede municipal, motivou a decadência desta, razão pôr que a Resolução provincial n.º 1.013, de 16 de abril de 1868, removeu-a para onde se achava a Estação da Estrada de Ferro, hoje denominada Estação de São Francisco, da Viação Férrea Federal Leste Brasileiro. Nesse local, em que havia apenas algumas casas, a vila de Alagoinhas progrediu rapidamente, tornando-se cidade em 1880 (IBGE, 2010).

A emancipação política da cidade deu-se em dois de julho de 1880, sob Lei Provincial número 1957. Hoje, o município compreende-se como cidade central dos municípios adjacentes, em decorrência de sua expansão comercial, crescimento industrial (com a instalação de grandes indústrias nacionais) e habitacional, com a implantação de novas áreas urbanas, bairros planejados e investimentos em habitações populares, por parte das instâncias governamentais, nas esferas federal e municipal.

Sobre a saúde municipal, em caráter quantitativo, aponta o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas) segundo o Censo 2010, Alagoinhas possui 89 estabelecimentos de prestação de serviços ligados à saúde, sendo 27 de atendimentos públicos e 62 com regime privado. O município de Alagoinhas – BA, segundo os parâmetros de gestão do MS, enquadra-se na gestão plena⁴⁶, com uma

⁴⁶Segundo a NOB – SUS/96 são responsabilidades da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde: a) elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual; b) gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência; c) gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades; d) reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços; e) garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS; f) formalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus munícipes e à referência intermunicipal; g) contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM; h) administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais; i) operação do SIH e do SIA/SUS, conforme

rede assistencial de saúde composta por 22 unidades ligadas a AB, unidades de prestação de serviços de média e alta complexidade e outros serviços, que são os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU e o Centro de Saúde do Parque Floresta – Unidade de Referência Municipal (Programas Especiais).

Quanto as unidades de média complexidade⁴⁷, destacam-se o Centro Municipal de Atendimento Especializado (CEMAE), o Hospital Maternidade Municipal de Alagoinhas – HMMA, o Laboratório Público Municipal – LACEM e o Centro de Atenção Psicossocial – CAPs, todos órgãos municipais mantidos com os recursos da Gestão Plena do Sistema repassados pelo MS. O Hospital Regional Dantas Bião – HGDB, unidade de prestação de saúde estadual, administrado pela Organização Social Monte Tabor, vinculado a Prefeitura através de contratualização via Termo de Compromisso de Entes Públicos com Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Ainda, 21 estabelecimentos prestadores de serviços, sob regime de terceirização, mantidas por contratualização com os recursos provenientes da Gestão Plena e Fundo Municipal. Sobre a alta complexidade, tem-se também o Hospital Regional Dantas Bião – HGDB, mantido sobre o mesmo vínculo da média complexidade, e mais um estabelecimento, que atua com serviços de radiologia diagnóstica através de exames de Mamografia, Tomografia Computadorizada e Cintilografia Óssea.

A Secretaria Municipal de Saúde – SESA, segundo o Plano Municipal de Saúde (2010), objetiva-se em “*formular, executar e avaliar as políticas de saúde pública do Município*” (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010). Estrutura-se a partir de segmentação em diretorias setoriais, que tem por finalidade a execução das demandas de cada setor, através de um diálogo interdisciplinar entre ambas. São as diretorias, a Diretoria de Controle, Avaliação e Regulação (responsável pelos trâmites relacionados a regulação e consultas e outros procedimentos), a Diretoria de Assistência a Saúde (foco da pesquisa, que planeja e organiza todas as ações vinculadas a prestação dos serviços de assistência a saúde, com por exemplo os relacionados a AB), a Diretoria de Vigilância à Saúde (controla e avalia as atividades

normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional; j) manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS; k) avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente; l) execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do PDAVS; m) execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no TFEC.

⁴⁷Todos os informes desse parágrafo foram extraídos do Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013.

relativas a vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental), Diretoria de Planejamento de Saúde (responsável pela confecção e organização de projetos e programas na saúde municipal) e a Diretoria de Auditoria de Saúde (realiza atividades de auditoria das ações e serviços de saúde, prestados pelas unidades vinculadas a SESAU).

Quanto a Atenção Básica, setor de destaque nessa pesquisa,

Atualmente a rede de Atenção Básica do município conta com 23 equipes de saúde da família, das quais apenas 16 destas apresentam o profissional médico; 06 Equipes de Saúde Bucal vinculada a 01 ESF; 08 Equipes de Saúde Bucal vinculada a 02 ESF; 14 Equipes de Saúde Bucal modalidade I; 192 agentes comunitários e a razão entre ESB/ESF: $14/16 = 0,87 \%$ (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010)

Entende-se a AB, popularmente, como a “porta de entrada” do usuário nos serviços de saúde, buscando hierarquizar a demanda (NOGUEIRA; MIOTO, 2009), ou discipliná-la (FEUERWERKER, 2005 apud NOGUEIRA; MIOTO, 2009). É também,

[...] onde se oferta um conjunto de serviços e ações capazes de interferir positivamente sobre a maioria das necessidades de saúde de uma determinada população, constituindo-se no primeiro e preferencial contato da população com o sistema de saúde (PASCHE, 2000).

É imprescindível à relevância da pesquisa, antes de ser analisada a realidade empírica da AB em Alagoinhas, que seja fundamentado de forma crítica o que é esse setor e quais seus reatamentos ao sistema de saúde. Como anteriormente foi elucidado, é o canal de acolhimento do cidadão no sistema, através da prestação de serviços de promoção, recuperação, cura e reabilitação da saúde. Surge para superar a ação sanitária minimalista, restrita e puramente epidemiológica. Emerge, no contexto nacional da saúde, com uma visão ampla e multilateral sobre a mesma, superando a ideologia da saúde restrita, somente a presença de patologias epidemiológicas.

O cenário da saúde nacional, antes a AB ou Atenção Primária, organiza-se e prestava seus serviços em conformidade com os padrões da experiência norte-americana, marcada pelo *“especialismo, foco na doença, uso intensivo de insumos*

‘biomédicos’, ação sobre o indivíduo” (PASCHE, 2000). Assim, quando influenciada pelas ações da tradição do sistema de saúde norte-americano,

[...] a atenção básica não se apresenta dotada de capacidade de ordenar o sentido da organização sanitária, nem de orientar o cuidado, senão se destina a atuar em alguns pontos estratégicos, sobretudo aqueles atinentes à ação da saúde pública em que são necessárias intervenções coletivas, a exemplo do controle de doenças infecto-contagiosas e da vigilância sanitária e epidemiológica. De outra parte, a atenção básica passa a ser identificada como um conjunto de mínimas destinadas a populações que não têm acesso à medicina de mercado. De imediato a atenção básica passa a ser funcional a um sistema iníquo e injusto, ofertando “cestas de ações clínicas mínimas” para populações excluídas (COSTA, 1998 apud PASCHE, 2000).

Pasche (2000) acrescenta ressaltando que AB, quando restrita a esse ideal minimalista, não concebendo-se como componente estratégico de organização e estruturação do sistema de saúde, apresenta-se de duas formas: 1) promulgadora da cultura biomédica e/ou estratégia de complementação do modelo hospitalocêntrico; e, 2) como estratégia restritiva, destinada, unicamente, àqueles que não tem acesso ao **mercado** da saúde, ou seja, os mais pobres.

Assim, o MS aprova e institucionaliza a Política Nacional de Atenção Básica, em vinte e oito de março de 2006, através da Portaria número 648/GM, por entender a AB como estratégia de mudança,

[...] desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A AB não se restringe ao indivíduo, mais analisa-o e intervêm a partir de sua realidade social, seja a família e/ou a comunidade, através das Estratégias de Saúde da Família⁴⁸. Machado (2000) citado por Pasche (2000) acrescenta, “a ESF ampliou o acesso e qualificou o atendimento, ampliando a resolutividade dos serviços, a satisfação dos usuários” (MACHADO, 2000 apud PASCHE, 2000). A dinâmica da AB, através da ESF, dar-se, primeiramente, com a demarcação e delimitação

⁴⁸Segundo Simões et AL, (2007), “objetiva criar vínculos entre os profissionais e usuários através de co-responsabilização na resolução dos problemas de saúde” (SIMÕES et al, 2007).

regional, ainda regulamenta a Portaria 648/GM que a equipe multiprofissional deve cobrir no máximo um quantitativo de 4000 pessoas. Nessas áreas são instaladas as unidades de prestação dos serviços, compostas por uma equipe básica. Esta equipe multiprofissional é composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Das dez atribuições definidas pela Portaria Nacional da AB (2006), identificam-se como as de destaque:

III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida; IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis; VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento; IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e, X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (PORTARIA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA, 2006).

Debater a relevância, eficácia e resolutividade da AB, ou melhor da equipe multidisciplinar no cenário das ESF, tem-se se tornado uma tarefa difícil, atualmente. É preciso, primeiramente, desmistificar a idéia de “não pertencimento”, imbuída nos usuários dos serviços de saúde. Equívoco esse, muitas vezes propagado e internalizado pelos próprios profissionais, refletindo nos usuários o entendimento de não pertencimento àquela situação. A humanização na saúde caminha nesse patamar, da valorização do trabalho e do trabalhador, mas também na “culturalização” do direito dos usuários à saúde, conhecendo-a como categoria de direito e não como “questão de favor”.

Pasche (2000) afirma,

“[...] a resolutividade e a efetividade da atenção primária/básica estão diretamente associadas à capacidade político-institucional das equipes dirigentes da saúde de organizar o sistema em rede (PASCHE, 2000)”.

Assim, Nogueira e Mioto (2009) ressaltam:

Ao Programa de Saúde da Família é atribuída a responsabilidade de estruturar um modelo tecno-assistencial inovador de atenção à saúde, o que parece ser bastante utópico, dado o reduzido potencial de mudança que a equipe pode oferecer. [...] A crítica que vem sendo feita por diversos autores é a incapacidade resolutiva de grande parte das equipes de PFS, devido a vários motivos, sendo apontado como aspecto crucial o despreparo profissional para a intervenção no novo modelo de atenção (Bueno e Merhy; Feuerwerker, 2005). (NOGUEIRA; MIOTO, 2009).

Com isso, é preciso que esta equipe “considere o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural [...] (MS/ SAS/ DAB, 2006 apud PASCHE, 2000?). Como também, realize ações que reforcem a saúde pública/coletiva, na qual as práticas clínicas sejam ampliadas (tais como, acolhimento, clínica ampliada, vínculos terapêuticos e corresponsabilização). Para que sejam superados o financiamento insuficiente, ausência de política pessoal (que subsidie, verdadeiramente, o profissional a atuar nesse contexto, no qual são ofertadas inúmeras demandas), a ausência de um modelo de ESF, no qual constituía-se como um organizador e estruturados do sistema de saúde e a não experimentação de um plano de gestão, onde seja avançado o debate e reforço ao exercício interdisciplinar (PASCHE, 2000). O autor ainda acrescenta:

Como desafios permanecem a necessidade de se ampliar o financiamento, permitindo acesso mais equitativo a serviços de maior custo; da mesma forma se faz indispensável uma melhor formação dos trabalhadores da saúde e superar a baixa oferta de médicos (hoje não mais restrito a zona afastadas dos maiores centros urbanos), bem como diminuir a rotatividade de profissionais nas equipes e resolver problemas relativos à formas de contratação e de regimes de trabalho, incluindo novos profissionais na equipe básica, a exemplo a estratégia dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (PASCHE, 2000).

O sujeito usuário deve ser visto e reconhecer-se como protagonista nos cuidados a saúde, como primeiro interventor sobre suas demandas. Concomitante, esta equipe deve pautar seu trabalho segundo o princípio da integralidade, ratificando que todo cidadão tem o direito a uma equipe que atue em serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde. Assim, em analogia à PNH, que segundo Pasche (2000?) objetiva-se em “*deflagrar movimento ético, político-institucional e social para alterar modos de gestão e modos de cuidado em saúde*”,

as atividades executadas na AB devem ultrapassar as barreiras do burocraticismo institucionalizado que se tem na saúde, rompendo com os padrões de gestão não democráticos, mas incluindo (a **inclusão**, um dos princípios da PNH) esses novos sujeitos nos processos decisórios da saúde, como também nas ações veiculadas a assistência e atenção à saúde, ou seja, “*acolher e incluir as diferenças, a diversidade e a heterogeneidade das singularidades do humano* (PASCHE, 2000)”.

No ano de 2009, a AB de Alagoinhas – BA era formada por 16 equipes completas do Programa de Estratégia da Saúde da Família, cobrindo 41,23% da população, mais 7 unidades constituídas por equipes incompletas. Essas unidades, em conformidade com o SUS, atuam orientadas pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Os processos de trabalhos desenvolvidas nessas unidades vão desde o diagnóstico das principais e relevantes demandas (atividade executada, continuamente, pelos ACS⁴⁹), intervenção das mesmas, até o encaminhamento a outros setores que atuam, especificamente, nessas demandas diagnosticadas. Hoje, a AB conta com 23 unidades de ESF, das quais somente 16 contam com a presença do médico na formação da equipe básica, 28 equipes de Saúde Bucal e 192 ACS (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010).

Como relata-se no Plano Municipal de Saúde (2010) o maior entrave à efetividade da AB, no município, é a insuficiência de recursos humanos, ou seja, falta de profissionais para atuar nas ESF. Logo, redige-se neste mesmo Plano, como estratégias de enfrentamento desse entrave, a ampliação e valorização dessas equipes, através, principalmente, de atividades propostas e desenvolvidas pelo Núcleo de Educação Permanente, implantação dos NASF, como também o reforço ao trabalho em rede, intensificando a interdisciplinaridade. Em entrevista com a Coordenação Municipal da AB, acrescenta essa gestão como superação aos problemas do setor: primordialmente, a reestruturação da AB municipal, a partir da ampliação das unidades, haja vista que no município têm-se um quantitativo de 23, mas o teto é de 50 ESF, também 50% da população alagoinhense encontra-se descoberta com os serviços primários de saúde.

⁴⁹Segundo a Lei 10507/2002, a profissão de ACS caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local desde.

Portanto, no próximo item propõe-se uma análise crítico-reflexiva sobre as ações e propostas que preconizam uma futura implantação da PNH no âmbito da AB de Alagoinhas, ponderando sobre a resolutividade das mesmas, como também sua eficácia e efetividade. Em conformidade, foram ponderadas as ações e propostas da AB municipal, sejam suas estratégias de superação e solução das demandas, como seus projetos de consolidação e ampliação da mesma. Vale ressaltar que o próximo tópico é fruto da aplicação de roteiros de entrevistas semi-estruturados com os gestores de saúde municipal.

4.2.2. Relevância Estratégica da PNH: perspectivas de sua implantação no Âmbito da Atenção Básica do município de Alagoinhas – BA;

Este tópico se limitará em analisar os dados obtidos na execução da pesquisa de campo, com os gestores municipais da saúde, em Alagoinhas – BA. Utiliza-se como justificativa à escolha da temática, a presença da mesma como objetivo, ação estratégica e meta da atual gestão no Plano de Municipal da Saúde 2010 – 2013⁵⁰. A humanização na saúde está presente, no documento, como compromisso dessa gestão, quando o objetivo é reduzir a mortalidade materna e infantil no município, através da intensificação das ações de humanização do pré-natal e parto. Quando objetiva-se em garantir o fortalecimento do processo de Gestão da Saúde do município, tendo como ação estratégica a promoção da humanização nos serviços de saúde. E quando prima-se efetivar a Atenção Básica como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS, tendo como objetivo específico expandir a ESF articulada à reorganização dos serviços básicos de saúde considerando a política de humanização do SUS. O mesmo documento ainda traz como estratégia para

⁵⁰ Afirma este documento, “este plano revela-se um instrumento de gestão imprescindível dado a sua importância no processo de definição nas políticas de saúde do município. A participação do controle social é fundamental para dar continuidade aos avanços que almejamos alcançar, uma vez que este plano foi construído através de um processo participativo e integrado, com a realização de reuniões que precederam a grande oficina para elaboração do Plano Municipal de Saúde, garantindo a efetiva participação social e embasando o planejamento das ações” (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010).

implementar uma gestão de qualidade total, entre os anos de 2010 e 2011, a promoção da humanização nos serviços de saúde. Então, este estudo parte do entendimento que:

Todo pensamento comprometido com algum tipo de prática (política, clínica, sanitária, profissional) está obrigado a reconstruir depois de desconstruir. Criticar, desconstruir, sim: mas, que sejam explicitadas as sínteses. Sempre há alguma síntese nova, senão seria a repetição do mesmo (CAMPOS, 2003 apud MORI; OLIVEIRA, 2009).

Logo, constitucionalmente analisando, a partir da leitura e reflexão do documento, percebe-se o interesse e sensibilidade à relevância da humanização nos serviços de saúde, como uma política estratégica à intensificação e afirmação dos compromissos firmados pela gestão da saúde. É pertinente reiterar que, aqui, trata-se em dialogar sobre propostas que preconizam a implantação de uma política de saúde, segundo a ótica da gestão municipal. Assim, essa política (ou, possibilidade de implantação e efetivação da mesma), deve ser averiguada a partir da contextualização da saúde na atualidade, marcada, exclusivamente, pela presença de dois projetos: o privatista⁵¹ e o sanitarista⁵². A partir da construção dos dados, nas próximas linhas, é pontuada uma discussão acerca de qual é o projeto de saúde adotado pela SESAU de Alagoinhas – BA, exclusivamente, na gestão das propostas com vista a PNH.

Os dados foram construídos a partir de categorias e/ ou eixos de análise, tais como: 1) conhecimento sobre a PNH (no que condiz seu objetivo, propostas, diretrizes e dispositivos), 2) estratégias utilizadas pela gestão para uma possível implantação da PNH, sobre o 3) grau de dificuldade e desafios enfrentados no processo de desenvolvimento dessas atividades, 4) adesão da equipe multiprofissional das ESF, sobre 5) incentivos financeiros as atividades relacionadas a humanização, sobre os 6) dispositivos propostos pela PNH que são adotados nas

⁵¹“[...] tem como tendência a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo possível aos que não podem pagar ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características destaca-se: o caráter focalizado para atender as populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso” (BRAVO; MATOS, 2009).

⁵²“[...] busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadão” (BRAVO; MATOS, 2009).

unidades de saúde, sobre o 7) grau de mudança e intervenção da PNH nas unidades, a presença de um 8) colegiado gestor, sobre 9) processos de trabalho desenvolvidos pela gestão, sobre a 10) interdisciplinaridade, protagonismo e participação colegiada nas decisões e sobre a 11) Educação Permanente. Afirma-se, então, que todas essas categorias devem ser entidades em conformidade com as proposta da humanização na AB⁵³. Portanto,

[...] as ações em Humanização na atenção básica se constroem a partir de alguns princípios: afirmação e ampliação da autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos que constituem as equipes de profissionais e a co-responsabilidade nos processos de atenção e gestão em saúde. Visamos transformar os processos de trabalho em saúde e também em espaços de valorização do potencial inventivo dos sujeitos que ali trabalham. Os trabalhadores então, não só reagem aos acontecimentos, mas criam formas de se relacionar e regras específicas de divisão do trabalho – criação que implica experimentação constante, evitando-se repetir a tarefa de forma mecânica, o que seria ‘invivível’ como nos diz Schwartz (2003). (BARROS et al, 2010)

Utilizará nesse tópico, como medida que reserve o direito de privacidade dos entrevistados⁵⁴, a denominação dos mesmos como A, B, C, D e E. Esses cinco sujeitos da pesquisa atuam na SESAU, especificamente, na Diretoria de Assistência a Saúde – DAS. Os cinco gestores são: profissionais da Enfermagem (3), Odontologia (1) e Serviço Social (1). Os processos de trabalho da supervisão das unidades de saúde, mais propriamente das ESF, dão-se através da orientação as mesmas, quanto a questões burocráticas e institucionais, capacitação, averiguação da assiduidade dos profissionais e identificação e intervenção as demandas diagnosticadas, sejam as administrativas e/ou as pedagógicas. A coordenação da DAS atua na coordenação técnico-administrativa junto aos setores e profissionais adjacentes a diretoria. A coordenação da AB no gerenciamento das ações e propostas inerentes ao setor. E a coordenação no Núcleo de Educação Permanente com a promoção de cursos e eventos de capacitação, a partir das lacunas e

⁵³A atuação da AB do município pauta-se em, “[...] promover a reestruturação das ações e serviços para a conformação do modelo assistencial orientado pelas políticas nacionais e especialmente pelo Programa de Saúde da Família, que foi adotado no município como estratégia de ação para a organização e qualificação da assistência básica” (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010).

⁵⁴É necessário salientar que a escolha desses gestores deu-se também porque nas unidades de saúde, ESF, não existe uma gestão fixa, mas uma rotatividade entre os profissionais que integram a equipe multidisciplinar.

problemas identificados pelas supervisoras e/ou profissionais das unidades de saúde.

É relevante e necessário afirmar que não existe a PNH implantada em Alagoinhas, mas sinaliza o entrevistado A que, *“existem as unidades que tem uma preocupação maior e um olhar diferenciado com relação a humanização”*. Inclusive essa supervisão sinaliza e exemplifica, trazendo a realidade de uma unidade, que tem essa preocupação da satisfação do usuário e na qualificação da assistência ao mesmo, também reforça, que a equipe dessa ESF visualiza a necessidade da formação e capacitação na saúde, para tornarem-se aptos a solucionar ou minimizar as exorbitantes demandas, que são apresentadas no cotidiano profissional.

A partir da aplicação do roteiro de entrevista semi-estruturado, nota-se que todos os entrevistados possuem conhecimento sobre a PNH, mas, em sua maioria, um conhecimento superficial e restrito, entendendo somente como uma proposta política que vislumbre bons tratos aos sujeitos da saúde, através de um acolhimento mais sensível, melhorando a qualidade do atendimento. Um dos gestores expressa isso, muito bem, quando elucida:

“Na verdade, o que a gente vê muito é aquela questão, pelo menos eu observo, é uma questão de uma certa insatisfação, entendeu? Com relação aos profissionais e, assim, eles não sabem, na verdade, definir o que eles tem que passar pra o usuário. Então, às vezes ele está insatisfeito com qualquer coisa que seja e ele acaba descontando no usuário, ou falando coisas que não deve com relação ao próprio ambiente de trabalho, coisa que o usuário não precisa ficar ouvindo, coisas grosseiras, entendeu? Ou do tipo, o usuário vai questionar uma coisa simples e já responde de forma ríspida. Tem uma unidade, em especial, que eu supervisiono, que é a Unidade X⁵⁵, que é uma unidade que se preocupa muito com isso. Eu vejo uma preocupação muito grande das enfermeiras, quer dizer, nesse tempo que estou aqui são as únicas que se mostraram ou que questionaram sobre uma capacitação, até mesmo nos outros setores. O município está tentando na verdade, fazer uma iniciação, e semana que vem vai ter até uma capacitação sobre acolhimento, são três dias, é o primeiro passo, que na verdade a gente está dando” (ENTREVISTADO A).

Outro gestor, o entrevistado B, afirma que a PNH é *“um novo olhar para a forma de atendimento ao usuário”* (ENTREVISTADO B). Chama a atenção quando coloca para o debate que a humanização na saúde deve superar a cultura da prática

⁵⁵Em conformidade com as regras da ética, salvaguardando o direito do sigilo e privacidade, denominará esta Unidade com X.

das triagens nas unidades de saúde, em especial nas de média e alta complexidade, não que as triagens não sejam executadas, tão pouco necessárias, mas, respalda o gestor. É preciso instaurar novas formas de acolhimento do usuário nessas unidades, acolhê-lo dentro do conceito de integralidade, apresentado pelo SUS. Nesta mesma vertente, o entrevistado E, pondera afirmando a necessidade da humanização para que sejam diminuídas as discrepâncias do atendimento ao paciente, que os problemas sejam, efetivamente, minimizados e melhore a qualidade na assistência ao usuário.

Somente os entrevistados C e D, com maior clareza e objetividade, apontaram a humanização como uma estratégia, também, de valorização do trabalhador. O entrevistado D apesar de não conhecer as especificidades da política, afirma segundo Sócrates, *“tudo o que sei é que nada sei”*, mas reconhece a necessidade do embasamento e maior discussão da política na saúde, para que exista uma melhora no tratamento e atendimento ao usuário, mais ainda maior estima e valorização para com os trabalhadores. O entrevistado C ressalta:

É preciso pensar, também, no profissional, para que esse profissional possa lidar com os sujeitos, tenha condições de trabalho, não só a formação técnica [...] mas, que esteja preparado para trabalhar efetivamente no Sistema Único de Saúde. Será se ele sabe o que o SUS preconiza, será se sabe lidar com toda essa gama de necessidades, será se você tem espaço suficiente para realizar seu trabalho? (ENTREVISTADO C)

Assim, cabe abrir um gancho à crítica, quando se percebe a necessidade da humanização, a presença de propostas que a preconiza, porém um conhecimento superficial dos seus gestores. É válido, o conhecimento que se tem, e não é objetivo dessa pesquisa desmerecê-lo e/ou negá-lo, mas aponta-se a urgência de sair da superficialidade, de ir além do conhecimento abstrato, mas buscar o real, o concreto. E a ponte, o mecanismo a essa superação é a formação⁵⁶. É preciso que se construam conceitos sobre a humanização na saúde, para que esta produção de conhecimento seja uma arma de superação dos muitos problemas de desmobilizam e afetam o SUS. Mello e Bottega (2009) afirmam:

⁵⁶ “[...] a formação é uma instituição que produz verdades, objetos-saberes e modos de subjetivação. Operar com tal noção implica ocupar-se da formação e entendê-la como uma prática possível de provocar movimentos, estabilizações e desestabilizações, ela incita, por sua potência de provocar a produção de outros problemas, ou seja, pela sua condição problematizadora” (HECKERT; NEVES, 2007 apud GUEDES; PITOMBO; BARROS, 2009).

A política de formação da PNH, afinada com seus princípios, aposta na inseparabilidade entre modos de formar, gerir e cuidar, ao mesmo tempo em que afirma a força das experiências concretas para a desestabilização de concepções consolidadas que separam as noções de sujeito e objeto, clínica e política, individual e coletivo (MELLO; BOTTEGO, 2009).

Assim,

A qualificação dos trabalhadores inseridos nos diferentes equipamentos da rede de atenção em saúde precisa ser construída na perspectiva da superação das dicotomias [...], ao mesmo tempo em que as principais inovações teórico-metodológicas, que sugerem mudanças nos serviços e nas práticas de saúde, têm origem na sua crescente interação com a academia. [...] A produção do conhecimento, tomando por referência os problemas derivados da práxis dos serviços de saúde, se apresenta como um requisito fundamental para o enfrentamento dos desafios que o SUS ainda experimenta (MELLO; BOTTEGO, 2009).

Esta mesma formação na saúde deve buscar,

[...] ao afastamento de atividades formativas que produzam “fôrmas” e que reforcem, portanto, uma perspectiva bancária de produção e transmissão do saber, compreendida como processo cumulativo em que os saberes são depositados sequencialmente e cada conhecimento é hierarquicamente superior aos demais – produzindo, então, apenas a repetição do mesmo. Nos processos de formação, busca-se potencializar movimentos afirmadores de vida, que produzam contágio, e a desestabilização de processos instituídos (BARROS, 2005; HECKERT; NEVES, 2007 apud GUEDES; PITOMBO; BARROS, 2009).

Objetiva-se ainda, como essa discussão entender a PNH como um processo de “formação-intervenção” que incite, incentive e promova produção de novas formas, novos processos de trabalho, novas formas de trabalho-vida. Com isso, *“desnaturalizar alguns saberes que insistem em desistoricizar nossas práticas e tirar-lhes as máscaras do tempo, fazer apoio [...] falar ‘com’ eles (trabalhadores) e não falar ‘por’ eles, a respeito do trabalho que desenvolvem”* (GUEDES; PITOMBO; BARROS, 2009). Portanto,

A Política Nacional de Humanização, com seus princípios, diretrizes e metodologias, colabora e presta suporte para que os coletivos alterem seus processos de trabalho, tornando-os mais democráticos

e incentivos, ampliando a capacidade de acolher e resolver necessidade de saúde, reconhecendo e atribuindo valor social, valor de uso, de bem comum, às ações dos trabalhadores da saúde. Dessa forma, contribui tanto para a implantação de processos de mudança, quanto para sua sustentabilidade (GUEDES; PITOMBO; BARROS, 2009).

A relevância e destaque ao debate da formação sobre a PNH, justifica-se na necessidade de seu ultrapassar essa imagem ideal que os gestores tem sobre a política, para compreendê-la como uma estratégia de intervenção aos problemas que fragilizam a AB, da SESAU. Ratifica-se, portanto, a compreensão da mesma como uma práxis social, como uma ação interventiva, ampliando os processos de trabalho na saúde, emponderando os profissionais e sujeitos nos processos decisórios, através do controle e participação social, efetivando o direito a saúde, democratizando e integralizando seus serviços.

Quando dialogados sobre as reais estratégias desenvolvidas pela SESAU à implantação da PNH, assim como a presença de dispositivos nas unidades de saúde, os entrevistados, em unanimidade, apontaram de forma positiva a sensibilidade da atual gestão de saúde da SESAU em relação a humanização na saúde, expressa no Plano Municipal de Saúde 2010-2013, porém, sinalizando que tudo está recente, “caminhando a passos curtos”. O entrevistado C elenca como ações, que vislumbram as propostas da PNH, o Projeto “Cuidar do Cuidador”, que executa atividades voltadas a valorização dos trabalhadores da saúde, capacitações em “Acolhimento Pedagógico”, afirma o mesmo, que esta capacitação foi fruto das inquietações dos coordenadores das unidades de saúde, que despertaram a essa necessidade a partir do número considerável de queixas provenientes dos maus-tratos sofridos pelos usuários, nos atendimentos nas unidades. Sobre os dispositivos propostos pela política, todos os entrevistados sinalizaram, somente, a presença do acolhimento, porém, percebe-se que este acolhimento, em partes, diverge-se do que preconiza-se a PNH. Deve entender que,

[...] o acolhimento funciona como um dispositivo a provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço constitui seus mecanismos de recepção aos usuários, enquanto certas modalidades de trabalho em saúde se centram na produção de um mútuo reconhecimento de direitos e responsabilidades, institucionalizados pelos serviços de acordo com determinados modelos de atenção à saúde. [...] Pode, analiticamente, evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários (portadores de necessidades

centrais e finais de um serviço) estão submetidos, nas suas relações com o que os modelos de atenção constituem como verdadeiros campos de necessidades de saúde, para si (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Assim, mais uma vez foi considerada a importância da superação da superficialidade, ir além do conhecimento abstrato, ideal, sobre o acolhimento, mas, realmente, conhecer seu objetivo e sua dinâmica de operacionalidade. Os autores Franco, Bueno e Merhy (1999) trazem ao debate o acolhimento como prática de atendimento inicial dos sujeitos nos serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal, a partir da escuta, para que assim sejam resolvidos os problemas da saúde, ainda como forma de reorganização dos processos de trabalho, reforçando a relevância da equipe multiprofissional, superando a restrição e foco no médico, e o entendimento do acolhimento como mecanismo de qualificação na relação trabalhador-usuário, respaldados em parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Sobre as dificuldades e desafios, adesão dos demais profissionais e incentivo financeiro, a adesão das equipes e o incentivo são alguns dos grandes problemas no processo de implantação e possível operacionalização da PNH, segundo todos os entrevistados. O entrevistado B afirma, “*a ausência da humanização já é uma dificuldade*” (ENTREVISTADO B). O entrevistado E acrescenta que a falta de entendimento e sensibilização sobre a PNH é o problema matriz a uma possível implantação. Os entrevistados A, C e D, em conformidade, elucidam que a rotatividade da saúde, na qual os profissionais (gestores) não tem ocupação fixa nas unidades, como isso não havendo uma continuidade das propostas, e a desvalorização e insatisfação dos profissionais (problemas salariais e estrutura insuficiente a execução das tarefas), também, são problemas à implantação. Ainda é necessário acrescentar, tendo respaldo nos dados da pesquisa, que a não adesão⁵⁷ de todos os profissionais, em especial, quando os entrevistados ressaltam que o ideal de humanização depende da intenção e autonomia de cada profissional, não havendo um incentivo macro, mais direcionado à política, é outro problema que afeta a implantação da PNH.

Não há incentivo financeiro as propostas referentes à humanização, segundo os entrevistados, inclusive o entrevistado B aponta esse fator como uma

⁵⁷“*A humanização vem da formação de cada pessoa*” (ENTREVISTADO A).

problemática, decorrente exclusivamente dos trâmites burocráticos que impedem a efetivação das ações referentes a humanização.

“Se falar em apoio financeiro é complicado, porque isso vai para um leque muito grande de ações que tem que acontecer. Por exemplo, eu posso prever no Plano Municipal de Saúde a implantação da política do acolhimento, mas eu tenho que prever na minha lei orçamentária anual, para que eu deixe uma reserva de orçamento pra que isso aconteça e determinar quem vai executar, qual é o prazo. Não é uma coisa impossível de acontecer, mas assim, existe todo um planejamento, toda uma parte burocrática, para que isso aconteça, não é simplesmente chegar e implantar a política do acolhimento em Alagoinhas, amanhã ou mês que vem. É uma coisa que tem que ser projetada, planejada. [...] É uma dos entraves, também hoje, não só na política de humanização, mas nas várias ações que acontecem na gestão como está prevista no plano [...]” (ENTREVISTADO B).

Sobre esse engessamento ou excesso de burocracia, que em muitas vezes é um dos empecilhos à efetivação e continuidade de ações, propostas e políticas vinculadas. Em sua grande maioria, o excesso de burocracia afeta “negativamente” os serviços públicos, como é o caso da realidade da AB, da SESAU, em Alagoinhas – BA, Sader (2005), sob influência dos ideais gramscianos, afirma ser esta burocracia, “[...] isto é, a cristalização do pessoal dirigente, que exerce o poder coercitivo e que, a um certo ponto, se transforma em casta” (SADER, 2005).

É importante frisar, que todos os entrevistados afirmaram que não existe um colegiado gestor na secretaria. Esse também pode ser caracterizado como um problema a implantação da política, haja vista que é reconhecida a importância dos colegiados gestores, como contexto de fomento a co-gestão, ou seja, uma gestão participativa, horizontalizada, no reforço aos trabalhadores e usuários nos processos decisórios, na saúde, na qual a humanização seja uma ação consolidada à indissociabilidade entre gestão e atenção, onde sejam reafirmados os protagonismos dos sujeitos e a transversalização dos saberes (MORI; OLIVEIRA, 2009).

Sobre os processos de trabalho desenvolvidos para que sejam reduzidas as filas de espera, a existência de atividades que envolvam um atendimento acolhedor, a reafirmação da responsabilidade e vínculos, como também, a garantia de informação a seus usuários e famílias, todos os entrevistados, com muita eloquência e criticamente, intervêm, afirmando que são ações desenvolvidas por algumas

unidades, umas com maior interesse outras não, porém o imediatismo presente nas unidades de saúde é um dos entraves que afetam a execução dessas atividades. Mas também, o não entendimento dos usuários quanto às novas práticas, respaldadas por uma atuação menos tecnicista, mas embasa em ações de acolhimento humanizado.

Os usuários não estão acostumados com o acolhimento. O usuário ele vai pro consultório do médico, ele quer a receita e a requisição do exame, senão o médico não presta. [...] Ele tem que sair com o papel na mão, pra dizer que foi atendido. Então, o usuário não está acostumado a ser ouvido e quando isso acontece, ele diz: 'como você é educado'. Então, é uma questão de educação mesmo, a gente tem que começar a educar o usuário. [...] A visão da comunidade é muito hospitalocêntrica, as pessoas estão acostumadas a ir pra fila do hospital, porque não vai no posto marcar uma consulta com o médico. Espera adoecer para procurar a unidade. As pessoas não atuam por prevenção (ENTREVISTADO B).

Assim, aqui se percebe a necessidade de reafirmação da AB, para que seja superada essa cultura hospitalocêntrica da sociedade, que é uma estratégia do Estado a intensificação do mercado da saúde. Logo, deve-se enxergar a AB como, um campo, que diferente do hospital, amplia o leque de serviços para além da prática de mendicâncias, mas no incentivo a interdisciplinaridade, não restringindo os serviços de saúde somente a atuação do médico. Logo,

[...] para atingir a capacidade de resolver 80% dos problemas de saúde, a atenção básica deverá ordenar-se segundo algumas diretrizes: trabalho em equipe multidisciplinar; responsabilidade sanitária por um território e construção de vínculo entre equipe e usuário; abordagem do sujeito, da família e de seu contexto (busca da integralidade); reformulação do saber e da prática tradicional em saúde; e articular a atenção básica em uma rede de serviços de saúde que assegure apoio e amplie a capacidade de resolver problemas em saúde (GUEDES; PITOMBO; BARROS, 2009).

Assim, este tópico encerra as discussões ressaltando, positivamente, a gestão da AB, quando apontados pelos 5 entrevistados o reforço e incentivo a prática interdisciplinar e as exitosas propostas de capacitação e formação geridas pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde – NEPS. Sobre o reforço a interdisciplinaridade o entrevistado C, afirma:

“Quando se pensa de verdade nessa construção coletiva de ações, aí o Gastão Wagner faz uma alusão a roda, você trabalhar as decisões na roda de ações, no diálogo, você não assume a responsabilidade sozinho, mas você participa, você co-participa das responsabilidades. Acho que isso é importante. [...] Então, não dá simplesmente para você tomar a decisão sozinho, você tem se implicar na decisão tomada em conjunto” (ENTREVISTADO C).

Aqui, se percebe a ótica voltada ao reforço, a coletividade, a desverticalização das decisões. Mas sim, no enquadramento de toda a equipe, no reforço das potencialidades de cada um, para que interagindo em coletividade, sejam superados, ou minimizados, ou, até mesmo, sanados os vários e exorbitantes problemas e demandas cotidianas nas unidades de saúde. O entrevistado ainda reitera sinalizando a necessidade da desconstrução da restrição e foco central em uma especialidade, em um profissional. Mas, criar mecanismos em que todos os profissionais tenham relevância na dinâmica institucional. Em contrapartida, não negando a presença de uma atuação interdisciplinas nas unidades, o entrevistado E acrescenta ressaltando que essa coletividade, muitas vezes, é polida pelas práticas imediatistas e as demandas imediatas da saúde. Isso é real, muito se têm na saúde, a necessidade da urgência, do imediato, mas a PNH pode ser visto como canal de superação, quando implica que ser profissionais atuam em coletividade, não em detrimento de suas atuações individuais, mas valorizando seus processos de trabalho, incluindo-os nos processos decisórios, desconstruindo a cultura enraizada de uma gestão unilateral.

Conforme foi mencionado, anteriormente, a educação permanente, também, tem sido uma medida à superação das lacunas do setor, como foi informado pelos entrevistados, tais como: número considerável de insatisfação, modos de assistência tradicionais e verticais e desvalorização do trabalho e trabalhador. Portanto, deve-se entender que,

[...] a humanização da saúde pressupõe considerar a essência do ser, o respeito da individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas. O pressuposto subjacente em todo processo de atendimento humanizado é o de facilitar a pessoa vulnerabilizada a enfrentar positivamente seus desafios (SIMÕES et al, 2007).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Reconhece-se a polissemia atribuída à conceituação e/ou entendimento sobre o que venha ser a humanização na saúde. Estes vários sentidos e entendimentos supracitados, em algumas várias e contínuas situações tornam-se entraves e equívocos⁵⁸, que afetam intrinsecamente a efetividade, resolutividade e real compreensão do que é humanizar a saúde. Decorrentes desses pressupostos, propomos nessas considerações finais uma discussão crítica sobre a efetividade da humanização, debatendo sobre seus desafios e possibilidades, em conformidade com o SUS, haja vista que a PNH só efetiva-se se o sistema de saúde, na qual ela está inserida e gerida, efetivar-se primeiramente. Ainda, aprofundaremos o debate, ponderando: “por que fomentar uma política de humanização, num setor que já não deveria ser humanizado?”⁵⁹.

Primeiramente, auxiliados a Puccini e Cecílio (2004) quando ponderam, “*será que no decorrer do tempo a espécie humana, envolvida na luta pela sobrevivência, perdeu sua ‘essência humana’?*”. Nos perguntamos, porque humanizar o que já não deveria atuar de forma humana, respeitando, reconhecendo e atuando a partir dos padrões éticos? Será a humanização na saúde, realmente, uma política que vislumbra uma “verdadeira” melhoria na qualidade do atendimento, novas formas de gerir os processos de trabalho, respeitando a dignidade dos trabalhadores e usuários envolvidos? Ou não seria, no real, uma estratégia do Estado para minimizar e/ou ofuscar (ou melhor, objetivamente nos referindo: “*esconder*”) as imensuráveis situações que atenuam e caracterizam o caos da saúde pública?

Deve-se analisar a PNH em analogia às reais consequências e situações do SUS. Entendemos que o SUS é um sistema de saúde com referência mundial, que caminha possivelmente para a verdadeira democratização do setor. Que as novas gestões tem ampliado o acesso aos serviços, reforçando a integralidade e equidade da/na assistência a saúde. Porém, não podemos deixar de reportarmos à situação

⁵⁸ “[...] resulta na sobreposição fenomenológica da aparência à essência das coisas, pela perda do sentido da totalidade concreta como estrutura significativa para cada fato ou conjunto de fatos” (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

⁵⁹ “[...] já sendo as ações humanas (sejam elas julgadas boas ou más) pertencentes ao homem, porque então falar em humanizá-las?” (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

caótica que se encontra a saúde, fruto, primeiramente, do conflito⁶⁰ existente entre o que está constitucionalizado e o que se tem em vigência. É como, mencionamos nos capítulos anteriores, é o SUS real contrapondo-se com o ideal. Sabe-se, também, que é neste cenário que emerge a PNH, num período marcado por forte crise da saúde, surgindo como estratégia de enfrentamento e de solução. Assim como o sistema, a Política de Humanização é, também, afetada pelo paradoxo entre o real e o ideal.

Elucidamos, anteriormente, as metas, objetivos e prioridades da humanização na saúde, em destaque, a indissociabilidade entre atenção e gestão, fomento a co-gestão, reforço do direito a saúde, valorização do trabalho e do trabalhador, integralidade e equidade na assistência a saúde, ou seja, consolidar o SUS, ou melhor, tornar em exercício o verdadeiro SUS. Sobre o sistema, Almeida (2003) citado por Nogueira e Mito (2009), acrescenta, “[...] o SUS enfrenta *tanto o problema da necessidade de garantir um mínimo básico, quanto hierarquizar o sistema assegurando a atenção integral – preventiva e curativa*”.

Nesse contexto, como “*válvula de escape*” do Estado, a humanização na saúde objetiva-se como medida⁶¹ de reparo aos imensuráveis problemas, visando unicamente a redução dos danos, em sua configuração quantitativa, para cumprir com os critérios de avaliação e exigência. Essas visões deturpadas sobre as reais proposições da política, não estão somente na sua gestão macro, mas também no contexto dos trabalhadores da saúde, conseqüentemente, refletindo nos seus usuários. É notório ressalvamos, auxiliados a Souza e Mendes (2009), que muito se tem, na saúde, uma ótica da humanização analogando-a a certas noções do humanismo cristão, quando são caracterizados como humanizados, os processos de

⁶⁰As dicotomias e antagonismos na saúde não resumem-se, somente, a essas situações, “*ainda separamos o doente da doença, muitas vezes tratando a última como corpo que se dá a conhecer independente dos modos pelos quais o doente a singulariza no corpo nas formas de significá-la. Ainda separamos as técnicas e as tecnologias, empregadas na assistência à saúde, das razões e dos valores a partir dos quais são produzidas, e das maneiras, às vezes, atomizadas pelas quais são utilizadas no diagnóstico e no tratamento de agravos à saúde. Ainda separamos ciência, política e sociedade, afastando formuladores das políticas de gestores e de profissionais, e estes dos usuários da saúde, como se não houvesse ralação e interdependência entre suas posições, conhecimentos, competências e responsabilidades*” (SOUZA; MENDES, 2009).

⁶¹Segundo Puccini e Cecílio (2004), quanto a intenção do Estado, essas medidas caracterizaram-se (caracterizam-se) “[...] em distintas propostas de humanização que, no fundo, só coincidem enquanto slogan de propaganda”.

trabalho “dotados de piedade e de espírito caritativo” (SOUZA; MENDES, 2009), reforçando o assistencialismo⁶².

A prática dessa “humanização”, que na realidade, é desumanizante, somente, reforça e concretiza o processo de alienação dos usuários da saúde, causando o estranhamento e não pertencimento dos mesmos quanto aos serviços e propostas do setor. Essa cultura, que já está enraizada, expressa-se cotidianamente, quando cidadãos estranham se tiveram suas demandas solucionadas ou se tiveram uma assistência de qualidade e digna. Pior, os trabalhadores surpreendem-se quando possuem subsídios (tais como, materiais necessários, estrutura, apoio institucional) a suas atuações e, conseqüentemente, são capazes de intervir e solucionar os entraves e problemas apresentados pelos usuários.

Alguns teóricos da área, como exemplo de Reis et al (2004), incisivamente, afirmam⁶³ que “a política de humanização encontra-se longe de constituir-se em realidade” (REIS et al, 2004). Afirmar essa situação torna-se um posicionamento um tanto extremista. Não queremos, aqui, desconstruir a relevância da PNH, tão pouco desacreditar em suas propostas e metas, até porque, em nossa ótica, a PNH é necessária e se, realmente, for colocada em prática, atuando conforme encontra-se constitucionalizada, será uma política efetiva e de desdobramentos consideráveis. É pertinente e preciso que superemos os atuais sentidos que fragilizam e comprometem a credibilidade da PNH, seja a perspectiva da caridade, da doação ao próximo, reforçados pelo humanismo cristão, “*num mix de altruísmo caritativo e humanismo naif*” (DESLANDES, 2005), para que a reconheçamos como uma das estratégias de politização do direito à saúde.

Quanto à política de humanização na SESAU de Alagoinhas – BA, não se tem a política implantada, mas acessando o Plano Anual de Saúde (2010) visualizamos a humanização como um dos objetivos, ação estratégica e meta para a gestão, entre os anos de 2010 a 2013. Ações estas que se realmente foram operadas, trarão excelentes e eficientes resultados. Entretanto, na execução da pesquisa, a partir da

⁶²O assistencialismo se apoia nessa perspectiva, por meio da qual ações e políticas, ditas humanistas ou humanas, do Estado, de governos e de outras instituições, são tidas como dádivas ou concessões, o que reitera estruturas sociais conservadoras e alienantes. [...] Esse modo de pensar práticas de humanização, não interessa a PNH, ao contrário, se antagoniza à conquista e ao exercício de direitos na área da saúde” (SOUZA; MENDES, 2009).

⁶³Concordamos com os autores quando elucidam, “o fato é que a ênfase dada ao empenho de humanização na saúde pende, amiúde, para o lado das necessidades imediatas do usuário ou cliente externo, de acordo com a lógica dicotômica de confrontação alimentada por uma tradição paternalista, cujo efeito mais direto se traduz na opacidade dos serviços” (REIS et al, 2004).

análise dos conteúdos das entrevistas, percebemos, em algumas situações, a humanização restrita ao acolhimento e prestação de serviços com qualidade ao usuário, para que seja reduzido o número considerável de queixas no setor, em especial quanto ao mau atendimento dos profissionais para com os usuários. Realmente, humanizar a saúde pressupõe que o usuário seja atendido/acolhido de forma digna e que, logicamente, a qualidade dos serviços prestados seja uma meta, um marco. Mas, a PNH preconiza muito mais, vai além. Humanizar um setor como a AB, numa secretaria de saúde sob gestão plena, a exemplo de Alagoinhas – BA, exige da gestão uma política participativa, que convalide os ideais do controle e participação social, que empodere seus usuários, mas principalmente, seus profissionais valorizando-os e disseminando a necessidade de uma atuação profissional interdisciplinar.

Portanto, queremos que este material expositivo seja um norte a real compreensão da PNH, no que condizem seus objetivos, metas e propostas. A política, não busca nada além do que reforçar/consolidar o SUS, para que o mesmo seja o sistema em que a saúde seja, realmente, direito do cidadão e dever do Estado. Entretanto, é preciso que os profissionais tenham o concreto entendimento da PNH, ultrapassem a superficialidade, e para isso a educação permanente é o primeiro passo. Em segunda instância, é importante que o movimento de humanização na saúde seja considerado como uma práxis, ultrapassando e rompendo com as predicções morais, com o enquadramento nos padrões de qualidade (reduzido aos parâmetros quantificáveis⁶⁴), que saia do campo da limitação de *“uma coletânea de ações para a amenização das contradições sociais”* (PUCCINI; CECÍLIO, 2004), mas seja um instrumento verdadeiramente de ruptura. Ruptura com esses ideais burocráticos que estão institucionalizados, que fragmentam e desmobilizam os sujeitos, para que conseqüentemente seus direitos sejam minimizados.

⁶⁴“Abandona-se o foco da preocupação epistemológica de construção de uma ciência isenta, neutra e reconciliada internamente com o humanismo clássico, para se procurarem respostas no processo social e político dialógico entre os sujeitos” (PUCCINI, CECÍLIO, 2004).

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

AYRES, J. R. de C. M. **Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde**. In Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas/ Org. por Suely Ferreira Deslandes. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? Réplica. **In Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, 2005.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. In Ciência e Saúde Coletiva. Brasília: 2005.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **In Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: CONASS, 1986.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: 1988.

_____. **Lei Nº 8080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Lei Nº 8142**. 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. Brasília, 1990.

_____. **Lei Nº 10507**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde à sociedade brasileira**. Brasília: 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. 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: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB – SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed.. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed.. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde**. 2. ed.. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Secretária Municipal de Saúde – SESAU. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Alagoinhas, 2010.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. **In Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto Ético – Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. **In Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **In Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, 2005.

_____. Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **In Ciência e Sociedade Coletiva**. São Paulo: 2007.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. e S. Relação Médico-Paciente e Humanização dos Cuidados em Saúde: limites, possibilidades e falácias. **In Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas/** Org. por Suely Ferreira Deslandes. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

CHIAZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CORREIA, M. V. C. Controle Social na Saúde. **In Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CUNHA, G. T. Atenção Básica e o Desafio do SUS. **In Cadernos HumanizaSUS**. Brasília, 2010.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades do Rio de Janeiro. **In Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2005.

_____. O projeto ético-político da humanização, conceitos, métodos, e identidade. **In Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, 2005.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **In Saúde e Sociedade**. São Paulo, 2004.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **In Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1999.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa**. 11. ed. Rio de Janeiro: Record, 2009.

GUEDES, C. R.; PITOMBO, L. B.; BARROS, M. E. B. de. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. **In Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2009.

IBGE. **Dados sobre o município de Alagoinhas – BA**. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em novembro de 2012.

IBGE. **Histórico de Alagoinhas – BA**. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em novembro de 2012.

LACAZ, F. A. de C.; SATO, L. Humanização e Qualidade do Processo de Trabalho em Saúde. **In Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**/ Org. por Suely Ferreira Deslandes. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

LOBATO, L. V. C. **Reforma Sanitária e Reorganização dos serviços de saúde: efeito sobre a cobertura e a utilização de serviços**. 2000. 246f. Tese de Doutorado em Ciências. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro / RJ, 2000.

MELLO, S. B. de. A Humanização sob ponto de vista do gestor de saúde. **In Boletim da Saúde**. Porto Alegre, 2006.

MELLO, V. C.; BOTTEGA, C. G. A prática pedagógica no processo de formação da Política Nacional de Humanização (PNH). **In Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, 2009.

MENDES, E. V. O Sistema Único de Saúde um processo social em construção. **In Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENICUCCI, T. M. G. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. **In Saúde e Sociedade**. São Paulo: 2006.

MINAYO, M. C. E S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MIRANDA, L. C. S. Gramsci, Hegemonia, Contra-Hegemonia e Movimentos Sociais. **In V Encontro Brasileiro de Educação e Marxismo Marxismo, Educação e Emancipação Humana** . Santa Catarina, 2011.

MIRANDA, V. S. N. **A conexão da gestão com a Política Nacional de Humanização da saúde: Uma experiência desenvolvida no Hospital Municipal Odilon Behrens/Belo Horizonte-MG**. 2009. 399f. Tese de Doutorado em Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da ESS/UFRJ, Rio de Janeiro/ RJ, 2009.

MORI, M.E.; OLIVEIRA, O.V.M. de. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **In Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 2009.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. **In Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

OLIVEIRA, M. H. B. Direito à saúde: discursos e práticas na construção do SUS. **In Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 2011.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **In Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2008.

_____. **Reforma Sanitária Brasileira:** Contribuição para a compreensão e crítica. 2007. 300f. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador / BA, 2007.

_____. O que é SUS. **In Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 2010.

_____. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **In Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, 2009.

PAIM, J, S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **In Rev. Saúde Pública.** Salvador, 1998.

PASCHE, D. F. Contribuições da Política de Humanização da Saúde para o Fortalecimento da Atenção Básica. **In Cadernos HumanizaSUS.** Brasília, 2010.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **In Interface - Comunicação, Saúde, Educação.** 2009.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de Dados Qualitativos:** estratégias metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais. 3. Ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

PINHEIRO, R. Democracia e Saúde: Sociedade civil, Cidadania e Cultura política. **In Rev. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 2004.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e direito à saúde. **In Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 2004.

RAMPAZZO, Lino. **Metodologia científica: para alunos dos cursos de graduação e pós- graduação.** São Paulo: Ed. Loyola, 2004.

REIS, A. O. A. et al. A humanização na saúde como instância libertadora. **In Saúde e Sociedade.** São Paulo, 2004.

RODRIGUES, P. H. Um balanço do SUS, próximo da maioria. In **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro, 2007.

SADER, E. **Gramsci: poder, política e partido**. Tradução Eliana Aguiar. 1 ed.. São Paulo: Expressão Popular, 2005.

SANTOS, L. C. R. A igreja inacabada e a estação ferroviária: recompondo a memória de Alagoinhas. In **V ENECULT - Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura**. Salvador, 2009.

SANTOS, N. R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. In **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS FILHO, S. B. Perspectiva da avaliação na Política Nacional de Humanização: aspectos conceituais e metodológicos. In **Ciência e Saúde Coletiva**. Brasília, 2007.

SANTOS FILHO, S. B.; FIGUEIREDO, V. O. N. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. In **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo: 2009.

SIMÕES, A.L. A.; et al. **Humanização na saúde: enfoque na Atenção Primária**. In Texto Contexto Enferm. Florianópolis: 2007.

SILVA, S. F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. In **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, 2009.

STOTZ, E. N. **Trajatória, limites e desafios do controle social do SUS**. In Saúde em Debate. Rio de Janeiro, 2006.

SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). In **Interface Comunicação, Saúde e Educação**. São Paulo, 2009.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS**: A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. 2002. 102f. Dissertação de Mestrado Profissional em Administração de Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/ RJ, 2002.

TRAD, L. A. B. Humanização do Encontro com o Usuário no Contexto da Atenção Básica. **In Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas/** Org. por Suely Ferreira Deslandes. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **In Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2004.

7. ANEXO.

Roteiro de Entrevista (Gestores da Saúde)

1) Informação pessoal:

Unidade de atuação:

Cargo ocupado:

Profissão:

2) Questões sobre a gestão da PNH

1. Qual seu conhecimento sobre a Política Nacional de Humanização – PNH, no que condiz seu objetivo, propostas, diretrizes e dispositivos?
2. Quais as reais estratégias são utilizadas, na Secretaria de Saúde, para uma possível implantação da PNH?
3. Que dificuldades e desafios são enfrentados nesse processo? Há adesão dos demais profissionais de saúde?
4. Existe algum incentivo financeiro para essas atividades relacionadas à humanização nos serviços de saúde das unidades?
5. Quais os dispositivos propostos pela PNH (clínica ampliada, ambiência, acolhimento, etc.) que são utilizados nas unidades de saúde?
6. Na sua avaliação, a proposta da PNH produz alguma mudança nos mecanismos de gestão nas unidades de saúde, onde ela está implantada? (a PNH tornou a gestão mais participativa, democrática...).
7. Existe algum colegiado gestor nesta unidade? Como funciona?

8. Você acredita que a redução das filas de espera, o atendimento acolhedor, a responsabilidade e vínculo e a garantia de informações aos usuários e suas famílias estão sendo processos desenvolvidos pela gestão, nessa unidade?

9. Em sua opinião é possível construir um trabalho interdisciplinar estimulando o protagonismo e a participação colegiada dos trabalhadores nas decisões?

10. Existe um plano de Educação Permanente? Como é desenvolvido?