

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE**  
**CURSO DE PSICOLOGIA**

IARA DOS SANTOS SOARES

**POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: QUESTÕES E CONTRIBUIÇÕES**  
**PARA A CONSTRUÇÃO DO ‘SUS QUE DÁ CERTO’**

Um estudo a partir da Psicologia Sócio Histórica

SÃO PAULO

2020

IARA DOS SANTOS SOARES

**POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: QUESTÕES E CONTRIBUIÇÕES  
PARA A CONSTRUÇÃO DO 'SUS QUE DÁ CERTO'**

Um estudo a partir da Psicologia Sócio Histórica

Trabalho de Conclusão de Curso realizado como exigência parcial para graduação no curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação do Prof. José Agnaldo Gomes.

SÃO PAULO

2020

*À todos os usuários, trabalhadores e defensores do SUS.*

*À Valquiria Soares Proence, por me lembrar de por que(m) entrei nessa empreitada.*

## AGRADECIMENTOS

O processo de escrita deste trabalho de conclusão de curso, foi uma experiência desafiadora, mas também altamente realizadora. Em reconhecimento aos apoiadores que encontrei nessa trajetória, dedico esse momento para tecer agradecimentos:

À Deus por ter me concedido forças e sabedoria para seguir com confiança na conclusão desta tarefa.

À *Frente Organizada de Bolsistas: Da Ponte Pra Cá*, por serem uma referência fundamental para minha permanência na universidade, e por me permitirem viver a potência da luta coletiva.

Aos amigos e familiares por acreditarem em minha capacidade, antes de mim mesma. Carinho especial, à Valquíria Soares Proence, fiel amiga e companheira de Sócio Histórica, por me inquietar com suas questões.

Aos meus pais, por todo sacrifício e amor que dedicaram à minha criação e formação enquanto sujeito crítico.

À meu orientador, professor José Agnaldo, por me apoiar em meus conhecimentos, e por fazer desse processo uma experiência prazerosa e construtiva.

À Profa. Dra. Maria da Graça Marchina Gonçalves, por me apresentar e me guiar pelos caminhos da Psicologia Sócio Histórica, e principalmente, por me inspirar a nunca descreditar da transformação social, como uma possibilidade real e concreta.

À professora Beatriz Brambilla, por me inspirar metodologicamente com sua bela tese de doutorado.

À Julio Nunes, meu namorado e melhor amigo, por me apoiar nos momentos de fraqueza, pelos dias de paciência, e sobretudo, pelos dias de leveza e alegria que acrescentou à minha vida.

*“No encontro entre uma equipe de trabalhadores de saúde e os usuários, há a promessa, socialmente construída, de que ali será processada a produção do cuidado, seja lá o que isso possa expressar para cada um que esteja nesse encontro.”*

*(Emerson Merhy)*

## RESUMO

Há algumas décadas diversos estudos têm sido desenvolvidos em relação a humanização no campo saúde, em geral atestando o caráter polissêmico do termo humanização. No Brasil a temática alcança destaque a partir da implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003, proposta que tinha em vista a promoção de uma qualificação da atenção e a gestão nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando o SUS como um espaço representativo da disputa entre a garantia de direitos e a ofensiva neoliberal, o presente trabalho de conclusão de curso buscou analisar em que sentido o termo humanização foi aderido enquanto política pública. Diante deste objetivo, realizou-se uma análise documental dos documentos oficiais e públicos da PNH, à luz da categoria teórica Dimensão Subjetiva, da Psicologia Sócio Histórica. O estudo revelou que ao identificar as relações estabelecidas entre os diferentes atores que compõem o SUS (gestores, trabalhadores e usuários) como um aspecto determinante no processo de produção e de garantia do direito à saúde, a PNH evidencia diversas noções no que compete a concepção de saúde, concepção de sujeito, e concepções sobre o próprio Sistema Único de Saúde. No entanto, ao mesmo tempo que traz essas importantes contribuições, ao não explicitar a relação do Estado nessa disputa, a PNH oculta as questões estruturais que compõem os problemas que são enfrentados na atenção e na gestão, algo que por sua vez, torna a humanização um valor abstrato, desse modo o que por um lado se propõe como valorização do caráter ativo dos atores, enquanto agentes de transformação, por outro passa a configurar uma super-responsabilização.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	8
2. O Sistema Único De Saúde	9
2. 1 SUS: Um Capítulo Ímpar Na História Da Saúde Pública Brasileira	9
2. 2 SUS: Uma Construção Em Disputa	20
3. Políticas Públicas: Uma Contradição Necessária	23
4. A Política Nacional De Humanização	26
5. A Psicologia Sócio Histórica: uma movimento crítico	33
<b>6. METODOLOGIA</b>	39
<b>7. ANÁLISE E DISCUSSÃO</b>	41
7.1 Sistematização Inicial dos Documentos Oficiais	41
7. 2 A Dimensão Subjetiva da Política Nacional de Humanização	56
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	67
<b>9. REFERÊNCIAS</b>	70

## 1. INTRODUÇÃO

Nas últimas duas décadas, têm se produzido no Brasil vários estudos em torno da discussão da produção de cuidado em saúde, caracterizadas como Humanização (Benevides e Passos, 2005; Casate, 2005; Deslandes, 2004; Puccini e Cecílio, 2004 dentre outros). No entanto, pouco tem se esclarecido sobre as implicações teórico-práticas das fundamentações do conceito no campo das políticas sociais.

De acordo com Deslandes (2005) a Humanização possui possibilidades interpretativas que variam desde o senso comum do “ser bom com o outro que sofre”, num mix de altruísmo caritativo e humanismo naif, passando por leituras essencialistas da busca do que seria o fundante do Humano, até as leituras de um humanismo revisitado (p. 401).

No entanto, é no Sistema Único de Saúde (SUS) que essas discussões ganham maior relevância a partir da implementação da Política Nacional de Humanização (2004), uma vez que a humanização passa ser então empregada, tendo em vista a superação de alguns desafios enfrentados pelo SUS, tais como ampliação do acesso com qualidade aos serviços e bens e saúde e a ampliação do processo de co-responsabilização entre os trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e cuidar.

É preciso salientar que embora o SUS brasileiro atualmente se encontre como um dos maiores sistemas de saúde do mundo, e como uma das principais conquistas na história da luta democrática no país. No entanto, essa conquista por si só, não encerra as disputas postas no campo da saúde. E é nesse nó de tensão das políticas públicas que a Política Nacional de Humanização (PNH) passa a vigorar.

Assim, em concordância com Pasche (2009), entendemos que falar sobre a humanização das práticas de saúde coloca, antes de tudo, a necessidade de se fazerem algumas marcações sobre a própria constituição da política pública de saúde, buscando entender o sentido de suas apostas. (p. 701). Sendo assim, no

capítulo seguinte apresentaremos um resgate histórico sobre a saúde pública no Brasil.

## **2. O Sistema Único De Saúde**

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, representa a maior organização sanitária da América Latina (Pasche, 2009), é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, e até hoje, depois de 30 anos, ainda simboliza uma das maiores conquistas da sociedade civil na luta pelos direitos sociais. Isto posto, concordamos com Baptista (2007), ao afirmar que a história das políticas de saúde no Brasil está inserida em um contexto maior da própria história do Brasil como Estado-Nação.

Assim, para entender o valor da conquista do SUS, bem como as dificuldades que ele tem enfrentado, é preciso fazermos um resgate de como eram tratadas as questões de saúde no país antes do SUS, como também retomarmos as condições e elementos históricos que possibilitaram sua implementação.

### **2.1 SUS: Um Capítulo Ímpar Na História Da Saúde Pública Brasileira**

Se tomarmos como ponto de partida, o Brasil Colônia, período em que o Brasil ainda se mantinha mercê dos interesses e controle da coroa portuguesa, facilmente iremos identificar que não havia qualquer rascunho de assistência à saúde, quando muito apenas alguns poucos médicos, formados na Europa, que atendiam exclusivamente a aristocracia. Sobre isso Polignano (2006) ressalta

Um país colonizado, basicamente por degredados e aventureiros desde o descobrimento até a instalação do império, não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo o interesse, por parte do governo colonizador (Portugal), em criá-lo.

Deste modo, a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e, àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar. (p. 4)

A vinda da coroa portuguesa para o Brasil (1808), começa a mudar essa condição. Tendo em vista atender as demandas do recém instalado governo, foram criadas as primeiras escolas de medicina do país: o Colégio Médico-Cirúrgico de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. A regulamentação do ensino e da prática médica resultou em um maior controle das práticas populares e na

substituição gradativa dos religiosos das direções dos hospitais gerais, especialmente a partir da República (BAPTISTA, 2007, p. 31).

Outro efeito da política de regulamentação médica foi a construção de hospitais públicos para atender algumas doenças consideradas nocivas à população e de necessário controle pelo Estado, como as doenças mentais, a tuberculose e a hanseníase. É nesse contexto que em 1852, no Rio de Janeiro, é criado o Hospital D. Pedro II, primeiro hospital psiquiátrico do Brasil. Evidenciando assim, não apenas o início de uma organização de atenção à saúde, mas também um certo ordenamento em torno das doenças, que representavam algum tipo de ameaça social indesejada. Segundo Baptista (2007), as principais ações de saúde da época eram:

proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias, responsáveis pela comercialização e circulação dos produtos exportados; controle e observação das doenças e doentes, inclusive e principalmente dos ambientes; teorização acerca das doenças e construção de conhecimento para adoção de práticas mais eficazes no controle das moléstias. (p. 32).

Nesse sentido, é importante ressaltar que a preocupação com a saúde estava subordinada à dimensão econômica de manter a mão de obra saudável e garantir a produção e exportação. Assim a preocupação maior era com a imagem da saúde da capital e com o produto; assistência ao trabalhador era algo secundário nessa política.

A Proclamação da República (1889), inaugurou um novo ciclo político-econômico, que sob as garras do coronelismo, impunha regras sobre o exercício do poder segundo o que melhor representavam os interesses capitalistas predominantemente agrários. As políticas de saúde ganham mais espaço nesse contexto, assumindo um papel importante na construção da autoridade estatal sobre o território e na conformação de uma ideologia de nacionalidade, configurando um esforço civilizatório

Naturalmente, a falta de um modelo sanitário para o país, deixava as cidades brasileiras à mercê das epidemias. No início desse século, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste, o que acabou gerando sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto

para outros setores como o do comércio exterior , visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade. (POLIGNANO, 2006, p. 4)

Dentro desse contexto, têm-se o início das ações de saúde pública, voltadas para contenção de epidemias específicas e saneamento dos portos. Sob os cuidados de Oswaldo Cruz, na época diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, o combate à epidemia era feito seguindo um modelo militar, onde

A polícia sanitária tinha, entre outras funções, a tarefa de identificar doentes e submetê-los à quarentena e ao tratamento. Se a pessoa identificada como doente não tivesse recurso próprio para se isolar em fazendas distantes e pagar médicos próprios, era enviada aos hospitais gerais conhecidos no período como matadouros ou simplesmente isolada do convívio social, sem qualquer tratamento específico, o que significava a sentença de morte para a grande maioria, uma prática que causou revolta e pânico na população. O isolamento dos doentes e o tratamento oferecido nos hospitais eram o maior temor do período. (BAPTISTA, 2007, p. 33).

O ponto alto dessa perspectiva de atuação, foi o decreto expedido por Oswaldo Cruz a Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que estabelecia como obrigatória a vacinação contra a varíola, tal medida ampliou as já grandes insatisfações, culminando em mobilizações, que ficaram conhecidas como a Revolta da Vacina. Polignano (2006), acrescenta que apesar dos abusos cometidos, esse modelo

obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas. (p. 5).

Em 1920, sob o comando de Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, houve uma reorganização do Departamento Nacional de Saúde. Contribuindo tanto com o rompimento com a tradição mais militarista das ações de saúde, como com o estabelecimento da propaganda e a educação sanitária para a população. São criados órgãos de combate a doenças específicas como tuberculose, lepra e doenças venéreas; e ampliadas as ações de saneamento para outros estados.

Ainda no âmbito da construção e organização das ações em saúde, o período contou com a criação do primeiro modelo de Previdência Social. Que partindo das reivindicações por melhorias nas condições de trabalho e direito trabalhistas, teve a aprovação em 1923, da Lei Eloy Chaves, que estabelecia a criação de Caixas de

Aposentadoria e Pensão (CAPS), que permitia que trabalhadores, empresas e consumidores contribuíssem para a criação de um fundo que passaria a subsidiar o fornecimento de: assistência médica para si mesmo, e familiares; medicamentos com preço especial; aposentadoria, e, pensão para herdeiros no caso de morte. Inaugurando assim, o modelo privatista previdenciário, que baseado na contribuição mensal dos trabalhadores, restringia-se a atender apenas os empregados com carteira assinada nos centros urbanos, deixando de fora a população rural e demais trabalhadores informais.

É importante destacar, que em relação às CAPS, o Estado não tinha qualquer envolvimento, no que compete ao financiamento ou administração, sua atuação se restringia à legalização de uma organização, e acompanhamento à distância dessas caixas mediando possíveis conflitos de interesses (Oliveira & Teixeira, 1985, apud Baptista, 2007).

Na Era Vargas (1930-1945), o país passa mais uma vez por uma reordenação política (decorrente das crises econômicas, que tiveram como consequência o enfraquecimento das oligarquias agrárias), onde o Estado passa a assumir um papel de regulador da economia, definindo um projeto de industrialização. Destaca-se nesse período, a criação da justiça do trabalho e homologação da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

Neste mesmo período, as CAPS são então substituídas pelos IAPS (Instituto de Aposentadoria e Pensão), que passam a ser organizadas não mais por empresas, mas a partir das organizações das categorias profissionais, contando com a participação do Estado no controle, administração e financiamento. Tal medida, traz grandes implicações no que compete à qualidade da oferta dos então “benefícios”, uma vez que diferentes IAPs possuíam diferentes recursos, fato que acarretou numa desigualdade de oferta de serviços de saúde mesmo entre os trabalhadores de carteira assinada.

A partir da década de 1950, com o alto crescimento da industrialização, cria-se uma massa de operários, aumentando assim a demanda por assistência à saúde. É nesse momento que há uma significativa expansão dos serviços privados

de assistência à saúde, em especial os convênios-empresa. A oferta de serviços, seguindo uma tendência mundial, se centralizava cada vez mais em torno do Hospital, o que trazia impactos tanto para o nível de cobertura - cada vez mais individualizada e especializada -, como também para a ampliação da assistência à saúde que se tornava cada vez mais cara, e portanto lucrativa.

Ganha força nessa época, a ideologia desenvolvimentista, que apontava uma correlação entre pobreza-doença-subdesenvolvimento, indicando assim a necessidade de investimento em políticas para a melhoria das condições de saúde, como forma de impulsionar o desenvolvimento.

Esta época concentrou grandes marcos para a história da saúde pública brasileira, tais como a criação do Ministério da Saúde, em 1953. E a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais, em 1956, pautando pela primeira vez o incremento nas ações e programas de saúde voltados para o combate às doenças endêmicas na zona rural.

De modo geral, a lógica desenvolvimentista deu continuidade à organização dual do campo da saúde, mantendo de um lado uma política de saúde pública universal e com ênfase no combate das doenças transmissíveis, e de outro uma política de saúde previdenciária, restrita aos trabalhadores assegurados, com ênfase na assistência curativa. O que permitiu a produção de riqueza e recursos, que influenciaram mudanças palpáveis tanto nas cidades, como no encaminhamento das novas demandas para a saúde pública, e o sistema previdenciário.

A partir de então, as políticas de saúde passam a representar uma importante ferramenta do Estado, não mais apenas pelo controle a ser exercido no espaço de circulação dos produtos e do trabalhador, mas principalmente pelo quantitativo de recursos que passou a mobilizar postos de trabalho, indústrias (de medicamentos, de equipamentos), ensino profissional, hospitais, ambulatórios e tantos outros (Baptista, 2007).

O período seguinte é marcado pelo Regime Militar (1964-1985) que toma o poder com o apoio da camada burguesa, que defendia a internacionalização da

economia brasileira. Sob cunho ditatorial e repressivo, utilizando-se das forças policiais e do exército mobilizou em diferentes frentes atos autoritários para se impor. Essa nova forma de organização do Estado trouxe importantes mudanças para o sistema sanitário brasileiro.

Sobre o exercício da tecnocracia, que dizia respeito à seleção e convocação de alguns profissionais, que sob a supervisão do Estado, eram demandados a projetar junto aos dogmas do regime militar, a ordenação, funcionamento e oferta de serviços do Estado. Uma das primeiras medidas implementadas, foi a unificação das IAPS, em 1966, que antes cobriam apenas algumas profissões, passaram a se estender para todas as categorias profissionais dos trabalhadores urbanos.

Em 1967, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que foi responsável por padronizar os benefícios para todos os trabalhadores contribuintes, incluindo a assistência médica. Tais medidas geraram algumas insatisfações, principalmente entre aqueles contribuintes que possuíam um leque maior de benefícios, já que os serviços passariam então a ser utilizados por um público cada vez maior e diverso.

Fato que se realizou, com o movimento de migração de pacientes de alguns institutos e a superlotação de alguns hospitais, gerando filas, demora no atendimento e outros problemas, o que culminou em uma insatisfação geral (Baptista, 2007). Cabe destacar que a partir dessa unificação, o poder e as decisões sobre as IAPs passam a se concentrar na figura do Estado, afastando e inviabilizando, assim, a participação dos trabalhadores.

A criação do INPS viabilizou um alargamento na capacidade de captação de recursos, mas também abriu a necessidade de uma ampliação dos serviços para atender o aumento da demanda. Em 1971, os benefícios das IAPS foram estendidos através do PRORural, aos trabalhadores do campo, e em 1972 passam a atender os trabalhadores autônomos e domésticos.

Essa resposta tão solícita do Estado à demanda de contratação dos serviços privados, ficou conhecida como complexo médico-empresarial, que dizia respeito a

uma alocação dos recursos públicos para o setor privado, focalizando o investimento na construção de hospitais, em detrimento dos programas de saúde pública. É relevante destacar, que tamanha parceria tinha em vista, a ampliação do sistema, bem como reunir apoio de setores influentes dentro da sociedade e da economia.

Na década de 1970, o capitalismo a nível internacional entra num período de crise, e com ele o fluxo de capital estrangeiro para o crescimento econômico nacional, o que colabora por sua vez numa crise do modelo econômico e de saúde implantado pela ditadura militar. Primeiro porque o investimento unilateral na medicina curativa, em nada (ou muito pouco) puderam atender os problemas de saúde coletiva, como por exemplo as endemias, epidemias e indicadores de saúde (como expectativa de vida, ou taxa de mortalidade infantil). E em segundo lugar, porque a crise econômica de 1975 reduziu o crescimento econômico, e com ele o crescimento do número de desempregados, que ao diminuírem as contribuições, levaram o sistema de saúde previdenciário, a crise.

Ainda em 1975, institui-se o Sistema Nacional de Saúde, que oficializa e amplia uma cisão entre medicina curativa e medicina preventiva. Cabendo ao Ministério da Previdência e Assistência Social, a responsabilidade pela primeira; e ao Ministério da Saúde responsabilidade pela medicina preventiva. O que impõe um quadro cada vez mais vulnerável, e sujeito a desigualdade na oferta e acesso aos serviços de saúde.

O fim do “milagre econômico” se vê demarcado por um contexto de crise política, institucional e econômica. O governo militar, pretendendo a própria manutenção, começa a desenvolver estratégias, dentre elas o II Plano de Desenvolvimento, e a política de abertura do governo. Segundo Baptista (2007)

O II PND significou a composição de uma política de desenvolvimento que tinha como meta básica a formulação de estratégias de desenvolvimento social, buscando a integração e a interdependência das políticas estatais um avanço na política de Estado, pois selava o compromisso de conjugação da política econômica e social. O processo de abertura, em outra medida, possibilitou a expansão e expressão gradativa dos movimentos sociais, até então, sob forte repressão e sem espaço para vocalizar as demandas.(p.42)

É nesse contexto, que na saúde, ganha força o movimento sanitário, que inicialmente apoiado em instituições acadêmicas de saúde, desenvolvia estudos e

denunciava as condições sociais e de saúde do Estado Brasileiro, reivindicando mudanças concretas na organização na assistência à saúde no país. De acordo com Baptista (2007), o movimento sanitário buscava reverter a lógica da assistência à saúde no país apresentando quatro proposições para debate:

- 1) A saúde é um direito de todo cidadão, independente de contribuição ou de qualquer outro critério de discriminação;
- 2) As ações de saúde devem estar integradas em um único sistema, garantindo o acesso de toda população a todos os serviços de saúde, seja de cunho preventivo ou curativo;
- 3) A gestão administrativa e financeira das ações de saúde deve ser descentralizada para estados e municípios;
- 4) O Estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde. (p. 43)

Se reivindicava assim, a universalização do direito à saúde, o que por sua vez tocava tanto numa nova e ampliada concepção de saúde, que implicava a consideração dos determinantes e condicionantes sociais da saúde. Como também num novo posicionamento do Estado, ante as políticas públicas

Estado este que se havia constituído sob uma base fundada no patrimonialismo, política de clientela, centralização decisória e exclusão social modos de fazer política que se reproduziam não só no âmbito de organização do setor saúde como em todos os demais setores, mas que foram explicitados no debate da saúde, talvez por ser este um setor que criticava com muito mais dureza a situação de injustiça social que se havia consolidado (BAPTISTA, 2003).

Tamanha mobilização, alinhada com diversos setores da sociedade, incluindo fortemente a organização política dos trabalhadores da saúde, bem como com o apoio e participação dos movimentos sociais e da sociedade civil, resultou na conquista do direito à saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, atribuindo ao Estado o dever e o compromisso para com a consolidação do Sistema Único de Saúde. Deste momento em diante a política pública de saúde adquiriu reconhecimento e centralidade como direito da população diante das condições de vida do povo brasileiro (ROSA, 2016).

Assim, a partir da Lei 8.080/90, são estabelecidos os princípios doutrinários e as diretrizes organizativas, o que segundo Vasconcelos & Pasche (2008), dizem respeito a

Quando a sociedade brasileira elegeu os princípios e diretrizes para o seu sistema de saúde, estabeleceu de forma inequívoca sua direcionalidade. Tais princípios e diretrizes, portanto, passam a constituir as regras pétreas

do SUS, apresentando-se como linhas de base às proposições de reorganização do sistema, dos serviços e das práticas de saúde (p. 535).

Isto posto, o Sistema Único de Saúde irá se organizar a partir dos seguintes princípios doutrinários: Universalidade, Integralidade e Equidade.

Universalidade diz respeito ao direito de acesso às ações e serviços de saúde, a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. Ou seja, diferentemente do modelo anterior, no SUS o acesso passa a ser de todos os cidadãos brasileiros, e não mais condicionado ao vínculo empregatício.

A Integralidade confere a compreensão das múltiplas determinações do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos (VASCONCELOS & PASCHE, 2008).

Esse princípio, ao considerar o sujeito de maneira integral, bem como a partir de uma concepção ampliada de saúde, foi fundamental para a elaboração e expansão da qualificação e oferta de serviços. Conforme Baptista (2007), tal princípio se estabeleceu em contraponto ao contexto institucional da saúde que se dividia nas ações promovidas pela saúde pública e pela medicina previdenciária.

O princípio de Equidade, por sua vez, visa assegurar que as ações e serviços de todos os níveis de atenção à saúde, sejam disponibilizados de acordo com a complexidade que cada caso requer. Ou seja, diz do reconhecimento dos diferentes tipos de necessidade, o que implica no estabelecimento de ações específicas e/ou prioritárias às populações que se encontram em condição de maior risco e vulnerabilidade diante dos determinantes de adoecimento, tais como a desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços. Em síntese, esse princípio diz da busca de atender a todos, reconhecendo as diferentes inserções sociais, logo as diferentes necessidades.

As diretrizes organizativas do Sistema Único de Saúde, se encontram prescritas no artigo 198 da Constituição Federal, se caracterizam como:

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

A Descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto (BRASIL, 1990). Isso se traduz, na responsabilização compartilhada entre as três esferas do governo, onde preferencialmente, em colaboração com os demais gestores, os municípios desempenham um papel fundamental no ordenamento da rede de atenção integral à saúde, tendo como base a Atenção Primária. No entanto, é preciso reconhecer segundo Vasconcelos e Pasche (2008) que

A descentralização, contudo, não se esgota na municipalização, e o processo de regionalização da saúde é uma diretriz muito defendida pelos que propõem a organização racionalizada dos serviços de saúde. Seu objetivo é distribuir de forma mais racionalizada e equânime os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais, de forma que garanta acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia de escala. (p. 536).

A atenção integral “com prioridade para as atividades preventivas”, diz da re-estruturação do modo de condução da atenção à saúde pública, que estabelece a ordenação do sistema de saúde através de uma hierarquização dos níveis de atenção (primária, secundária e terciária), estabelecendo fluxos de comunicação e apoio entre os serviços, de forma que, por um lado regule o acesso aos mais especializados, e por outro forneça para população de maneira mais presente e próxima uma atenção à saúde, que dê conta de abarcar e lidar com os determinantes e condicionantes do processo de saúde-doença, de modo que, estes se tornam não apenas reconhecidos (pelo princípio da equidade), mas passam também a ser tidos como focos de intervenção.

É nesse sentido, que a caracterização do SUS não se resume a um mero conjunto de prestação de serviços de saúde, e por isso não pode ser comparado

com os planos e subsistemas de cunho privado, que historicamente vêm se colocando no mercado a partir de uma ação majoritariamente no campo assistencial.

Desse modo, ao assumir como prioridade as ações de prevenção, o SUS expressa sua concepção de saúde como produção social, e não mais como ausência de doença o que permite tanto uma ampliação de ações tendo em vista a cobertura integral da atenção à saúde, como também, faz um contraponto, numa tentativa de reversão da lógica do complexo-médico-empresarial, que dentre outras coisas, visava na centralização da prestação de serviços de alta complexidade, maior lucratividade. Em conformidade com Passos (2009)

Falar de saúde como processo de produção é falar de uma experiência que não se reduz ao binômio queixa-conduta já que aponta para a multiplicidade de determinantes da saúde e, mais especificamente, para a complexidade das relações entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde. O que se produz nesse processo é a um só tempo a saúde e os sujeitos aí implicados. (p. 101)

É nessa perspectiva, que o SUS irá colocar como uma de suas principais diretrizes a participação da comunidade. Que se refere a, como o próprio nome sugere, participação dos cidadãos, através de suas entidades representativas, do processo de formulação e controle de execução das políticas de saúde, em todos os níveis de governo. Criando assim um espaço de abertura para a construção, com o conjunto da sociedade, de processos de corresponsabilização na gestão da política de saúde, sem com isto desresponsabilizar o Estado de suas funções essenciais (PASCHE, 2009). O que reafirma, por sua vez, a produção de um ordenamento do sistema de saúde baseado numa democracia participativa.

Dessa maneira, estabelece-se uma ruptura com o padrão anterior de política social, marcado pela exclusão de milhões de brasileiros do usufruto público de bens de consumo coletivo (Vasconcelos & Pasche, 2008). De forma que, o sistema de saúde passa pela primeira vez, ser de todos e para todos os brasileiros.

## **2. 2 SUS: Uma Construção Em Disputa**

Como vimos no capítulo anterior, a implementação do SUS representou um importante marco na história da saúde pública no país, que até então, pouco tinha desenvolvido políticas de assistência à saúde, quando muito, de maneira

condicionada a uma série de requisitos, como por exemplo o vínculo empregatício. O que implicava numa oferta limitada dos serviços de saúde, que se organizavam a partir de um nível tecnológico, que não atendia todas as necessidades de saúde e, favorecia a exclusão de milhares de brasileiros do sistema de saúde.

Assim, o que vemos a partir da Reforma Sanitária, é uma reivindicação por um sistema de saúde universal, mais justo com as demandas da sociedade brasileira, mas também uma luta por um Estado comprometido com a garantia dos direitos sociais, e é por esse motivo, que a proposta do Movimento da Reforma Sanitária junto a mobilização civil, a partir do direito à saúde, também apontava para um novo posicionamento e funcionamento do Estado na Democracia.

Por isso o marco jurídico-legal, que estabelece saúde como um direito de todos e dever do Estado, tem se configurado também como uma conquista da luta democrática no país. Fato é que desde sua implementação, muitos têm sido os avanços no campo da saúde.

Reorganizou-se a rede de atenção, a partir do fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, na atenção primária. Ampliou-se o acesso das pessoas aos serviços, antes da criação do SUS, 8% da população (9,2 milhões de pessoas) afirmava ter usado serviço de saúde nos últimos trinta dias, enquanto em 2008, 14,2% da população (26.866.869 pessoas) relataram uso de serviços de saúde nos últimos quinze dias, o que representa um aumento de 174% no uso de serviços de saúde (PAIM et al, 2011). Crescimento que pode ser atribuído, à ampliação da força de trabalho do setor da saúde e do número de unidades de atenção básica.

Reduziu-se as taxas de mortalidade infantil (de 114 por 1.000 nascidos vivos em 1970 para 19,3 por 1.000 nascidos vivos em 2007). Em virtude disso, a expectativa de vida ao nascer aumentou cerca de 40%, chegando a 72,8 anos em 2008.

Ampliou-se a quantidade, a diversidade e a qualidade dos trabalhadores da saúde, através da implantação do NASF (Núcleo Apoio à Estratégia Saúde de

Família), bem como aumento dos Programas de Residência Multiprofissional, avançando-se na organização do trabalho em equipe.

Investiu-se em pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico tanto de equipamentos quanto de insumos, com destaque para a produção de medicamentos - onde o Ministério da Saúde promoveu a produção de medicamentos genéricos e buscando reduzir a importação de outros medicamentos pelo fortalecimento de empresas farmacêuticas brasileiras - e para as vacinas, onde o Brasil já assume lugar de exportador de vacinas contra febre amarela e meningite, e desde 2007 83% das imunizações no Brasil usaram vacinas produzidas em território nacional. (PAIM et al, 2011).

O SUS passou a contar com vários programas e políticas como por exemplo, os programas de prevenção de DST/Aids e de imunização, alcançando reconhecimento internacional.

Contudo, apesar desses importantes e significativos avanços, como afirma Pasche (2009)

A construção de uma nova realidade jurídica não garante a produção de mudanças na velocidade desejada, pois a organização dos serviços de saúde é permanentemente atravessada por interesses múltiplos de grupos sociais, forças instituintes que tensionam e provocam mudanças nas regras e nas práticas de saúde. (p. 703)

Assim, na medida que o SUS possibilitou vários avanços no campo da saúde, ele também têm sofrido grandes desmontes, e enfrentado muitos desafios. De acordo com Baptista (2007) numa análise ampliada da política, bem como das estratégias desenvolvidas tendo em vista a operacionalização do SUS, é possível identificar

alguns desafios que se apresentam de forma constante, desafios que revelam as heranças deixadas pelos anos de autoritarismo, centralização decisória e prática clientelista no Brasil e que foram reproduzidas na burocracia institucional da saúde e nas práticas dos serviços de saúde, quiçá no imaginário social (p. 56)

Dentre eles podemos listar a necessidade de superação do modelo biomédico, ainda muito fortalecido pelos centros de formação das áreas da saúde, e ainda muito presente no imaginário social.

A falta de comunicação e compartilhamento da responsabilidade sanitária na rede de atenção, o que dificulta a continuidade dos tratamentos, bem como também a cobertura eficiente dos territórios.

A 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) (PASCHE, 2009).

O sucateamento de recursos para financiar as ações de saúde, que de acordo com Mendes (2017), tem se organizado mais recentemente pelas

crescentes transferências dos recursos públicos às Organizações Sociais de Saúde (OSSs) – de gestão privada –, por meio da implementação da Lei de Responsabilidade Fiscal (em vigor há 17 anos) que limita o aumento do gasto com pessoal, favorecendo o incremento das despesas com serviços de terceiros; o aumento das renúncias fiscais decorrentes da dedução dos gastos com planos de saúde e similares no imposto de renda e das concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais) e à indústria químico-farmacêuticas; a permissão à entrada do capital estrangeiro na saúde por meio da aprovação da Lei 13.097/2015; a instituição da EC 86/2015 que reduz o financiamento do SUS; e a aprovação da EC 95/2016 que congela o gasto público por 20 anos (...). (p. 5)

Tais dados nos permitem compreender que o desenrolar da história da saúde pública no Brasil, se deu sob a disputa de projetos societários, numa complexa teia de conflito de interesses antagônicos. É preciso nos atentarmos para o fato de que os conflitos de interesse não são em si um problema apenas para o SUS, mas elementos constituintes de qualquer política pública (VASCONCELOS E PASCHE, 2008).

Assim, para entender os desafios que o SUS tem encontrado, é preciso entender os desafios que as políticas públicas enfrentam no sistema capitalista de produção.

### **3. Políticas Públicas: Uma Contradição Necessária**

Um primeiro ponto a ser considerado numa reflexão sobre o campo das políticas públicas, é que tal debate deve passar pelo reconhecimento da contradição fundamental capital-trabalho, como inerente à sociedade capitalista. Em resumo, diz respeito ao modo de produção capitalista, onde os meios de produção não estão

mais disponíveis e o trabalhador possui apenas sua força de trabalho para vender, tornando assim seu trabalho uma mercadoria, que é trocada pelo salário. No entanto, o salário corresponde apenas ao valor da força gasta pelo trabalhador, que por sua vez, não recebe a riqueza gerada pelo seu trabalho.

Esse valor “a mais”, é a *mais valia*, que é apropriada pelos detentores dos meios de produção, e utilizada para a ampliação e geração de mais capital. Assim o que está posto, no sistema capitalista é a concentração do resultado do trabalho humano acumulado, em poucas mãos, estabelecendo assim uma ordem social de poder e de opressão, implicando numa constante produção das classes sociais, que ganham expressão nas diversas desigualdades sociais

As relações de produção nas quais se move a burguesia não têm um caráter uno, um caráter simples, mas um caráter de duplicidade: que, nas mesmas relações nas quais se produz a riqueza, a miséria também se produz; que, nas mesmas relações nas quais há desenvolvimento das forças produtivas, há uma força produtora de repressão; que estas relações não produzem a riqueza burguesa, ou seja, a riqueza da classe burguesa, senão destruindo continuamente a riqueza dos membros integrantes desta classe e produzindo um proletariado sempre crescente (MARX, 1847/1946, p. 114, apud ROSA, 2016).

Foge ao escopo do presente trabalho, expor as minúcias e complexidades presentes em tal sistema, no entanto essa compreensão é fundamental para entendermos o modo como se inserem as políticas públicas na sociedade capitalista. Ou seja, o reconhecimento de que falamos de políticas públicas relativas a direitos sociais em uma sociedade desigual (Gonçalves, 2003).

Isto posto, é importante destacar que esse sistema de produção além da capilaridade ordenadora do poder, dispõe de alguns recursos para a sua manutenção. Dentre eles destacamos a ideologia liberal, que defende a regulação natural da economia e da sociedade pelo mercado. Que apesar de alguns esforços, encontra barreiras para a sua plena realização.

Uma delas, é o próprio limite dos recursos naturais, que por sinal, se vêem a cada dia mais ameaçados e extintos. Outro ponto, a insustentabilidade da promessa de realização - tão reforçada pela meritocracia - diante da atrocidade da miséria

visível. Outro motivo, não último, mas fundamental para a presente discussão, são os exemplos trazidos pelas crises econômicas.

O modelo concorrencial, facilmente tomou a forma de grandes oligopólios, o que teve como efeito, a possibilidade de globalização da economia, mas também a produção de uma massa de trabalhadores excedentes, que pela desigualdade estruturante do capitalismo, não encontram espaço no mercado capitalista. Sobre isso Gonçalves (2010) acrescenta que

Sendo então, os monopólios uma realidade, a garantia do bem-estar dos indivíduos deveria contar com a intervenção do Estado. Continuava sendo no mercado que os indivíduos deveriam buscar a satisfação de suas necessidades de consumo. Mas o Estado deveria subsidiar a produção de produtos essenciais; estabelecer regras que viabilizassem o mínimo para cada um; regular as relações entre os produtores; regular as relações de trabalho. (p. 37)

Assim, visando a superação desses limites, bem como a própria manutenção e ampliação, é que entra a figura do Estado, desempenhando papel significativo de regulação social e política para a manutenção ideológica do sistema capitalista.

É nessa configuração de Estado moderno, que se inserem as políticas públicas, que contraditoriamente, representam um espaço de promoção de direitos e superação das desigualdades sociais. (Gonçalves, 2010). Em síntese, na medida que as condições de trabalho e sociais impostas pelo sistema capitalista, vão colocando limites e dificuldades para a realização e a própria manutenção da vida, isso vai mobilizando a reivindicação por direitos<sup>1</sup> a partir da luta de classes.

Assim a luta dos trabalhadores vai se organizando em torno, da regulação da exploração do trabalho, como também das condições essenciais para a reprodução e qualidade de vida.

E é sob essa questão, que se organiza uma das principais contradições da sociedade capitalista, pois, ao mesmo tempo que produz a desigualdade, o capitalismo, necessita garantir condições mínimas de vida aos trabalhadores, para garantir a reprodução da força de trabalho, manter níveis necessários de consumo e

---

<sup>1</sup> Segundo Gonçalves (2010), essa noção de direitos, é uma nova experiência subjetiva, forjada pela quebra do ideal iluminista, após a ascensão burguesa. Que introduz uma nova concepção de avaliação do bem-estar, que passa de exclusivamente individual para ser coletiva.

mesmo para a acumulação do capital (Gonçalves, 2010). Assim, através do Estado, atende minimamente essas reivindicações, sem o sacrifício dos interesses capitalistas, ao mesmo tempo que evidencia os que lhe opõem.

O mais importante a se destacar aqui, é que apesar de a luta pelas políticas sociais e pelos direitos, parecerem esbarrar sempre nos limites do Estado burguês, elas contraditoriamente, a cada conquista abrem brechas e condições para algo novo. A melhora da qualidade de vida dos proletários, permite que eles se apropriem cada vez mais da riqueza da produção humana, e isso por sua vez, abre caminho para outros tipos de produção de vida.

Em resumo, a conquista de cada direito, contraditoriamente, também abre caminho para a transformação e superação do modelo de organização da sociedade capitalista. Por isso, as políticas sociais se caracterizam historicamente como alvos da luta de classes, mas também como foco das políticas neoliberais de desmonte do Estado, o que implica em uma constante disputa social.

De modo mais direto, entender as disputas sociais passa também por entender o modo que o capitalismo tem se organizado a partir das reformas neoliberais, e os efeitos que isso tem no campo das políticas sociais.

Cardoso e Campos (2013) resumem bem esse processo, segundo os autores o 'processo de reformas neoliberais' significa o conjunto de modificações institucionais no âmbito do Estado Nacional que procuram:

- 1) Retirar a capacidade do Estado Nacional de controlar as variáveis mais importantes relativas à soberania nacional frente aos designios do grande rentismo;
- 2) Restringir o gasto público, em geral, mas especialmente no que diz respeito aos direitos sociais. Como exemplos se podem citar a restrição aos gastos com moradia, a reforma agrária, e, como exposto acima, a saúde;
- 3) Vender o patrimônio nacional, isto é, privatizar – aberta ou veladamente – as empresas públicas nacionais, bem como o patrimônio natural do País, como os minérios e a terra, com vistas à expansão do agronegócio;
- 4) Privatizar os direitos sociais, isto é, mercantilizar 'serviços' que deveriam ser direitos garantidos pelo Estado: saúde, educação, previdência, moradia e transporte, em escalas e naturezas diferentes. (p. 224)

A partir dos elementos expostos, podemos facilmente identificar esses desmontes na história do SUS. No entanto é preciso afirmar que mesmo diante de tamanha precarização, o SUS continua a existir. Como Campos (2018) nos ajuda a pensar

A “dinâmica do capitalismo”, ao longo da história, nunca conseguiu impedir absolutamente a luta de classes. Tampouco tem logrado anular os efeitos e os resultados das lutas políticas libertárias e emancipatórias, ainda quando sejam institucionalizadas de maneira parcial.(p. 1721)

Assim, a luta não está perdida, ela se coloca como uma possibilidade concreta. O que implica tanto na viabilidade de construção de enfrentamento e defesa do SUS. Como também, na compreensão do SUS enquanto uma política que assume um caráter ambíguo, sendo a um só tempo mudança e conservação (Pasche et al., 2006).

É nesse nó, que se encontra a Política Nacional de Humanização neste duplo reconhecimento: há um SUS que dá certo e há problemas e contradições que necessitam ser enfrentados (PASCHE, 2009, p.704).

#### **4. A Política Nacional De Humanização**

Embora no Brasil, o debate sobre a humanização nos serviços de saúde, ganhe ênfase somente no fim da década de 1990 e início dos anos 2000 (Conceição, 2009), a temática encontra-se presente no campo da saúde, desde o início do século XX.

Diniz (2005), aponta que o termo humanização já era utilizado em diversas partes do mundo, particularmente na área da assistência ao parto. A autora, justifica o fato a inicial difusão da utilização de narcóticos e do fórceps no parto, implantada e defendida por Fernando Magalhães<sup>2</sup>, como estratégia de humanizar a assistência ao parto. Cabe destacar que tal proposta, se colocava em contraposição a valorização moral do sofrimento, veiculada pela Igreja Católica, que considerava as dores do parto como um desígnio divino, para a expiação do pecado original. O uso da

---

<sup>2</sup> Reconhecido como o pai da Obstetrícia Brasileira.

medicalização naquele momento, garantia que a parturiente ficasse completamente inconsciente, e portanto sem dores no parto.

Embora tais procedimentos tenham encontrado num primeiro momento grande aceitação, a partir da década de 1950 esse modelo começa a ser questionado, e receber fortes críticas tanto por obstetras, movimento hippie, como também, e principalmente, pelo movimento feminista (Conceição, 2009, p.197).

É nesse sentido que o tema, ao passo que começa a adentrar nas pautas do movimentos sociais, também se encaminha e encontra seu lócus na área hospitalar, como afirmam as autoras Casate e Corrêa (2005),

Nos textos do final da década de 50, décadas de 60, 70 e 80, a humanização é enfocada, predominantemente, de modo circunscrito às relações interpessoais estabelecidas com o doente, bem como as questões administrativas de dada instituição (predominantemente hospitalar), mostrando-se desarticulada das dimensões político-sociais do sistema de saúde (p. 109)

No Brasil, como apontado inicialmente, essa discussão aparece um pouco mais tarde, no entanto com a marca mais evidente dos movimentos sociais, que na luta para a redemocratização do país, impunham importantes críticas à organização da saúde pública. Dentre as efervescências da organização popular, destaca-se nesse período, o Movimento da Reforma Sanitária que anunciava a

[...] necessidade da construção de um sistema de saúde que não apenas garantisse acesso a todos, mas acesso de qualidade, criticando o modelo hospitalocêntrico existente, evidenciado principalmente, mas não exclusivamente, pelos seguintes aspectos: referência à fragmentação dos processos de trabalho em saúde; a centralização do poder; ensino médico dissociado da realidade sanitária da população, voltado para a inovação e sofisticação de tecnologias, envolto e dependente da indústria farmacêutica; as longas e demoradas filas; a falta de orçamento para a saúde e outros (LUZ, 1991 apud Conceição, 2009, p.199)

Contudo, como já exposto anteriormente, a inscrição legislativa do direito à saúde, não foi uma garantia *per se* para a transmutação de valores e de práticas no sistema de saúde (PASCHE, 2009).

É tendo em vista esse diálogo, que nos anos 2000, na XI Conferência Nacional de Saúde (CNS), propõe-se a temática *Acesso, qualidade e humanização*

*na atenção à saúde como controle social*, fato que segundo Benevides e Passos (2005) demarca a validade do debate no Brasil, no campo das políticas públicas.

Nesse mesmo ano, é criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), pelo então ministro da saúde José Serra, que trazia como objetivo promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil (BRASIL, 2000). Importante destacar que tal iniciativa partiu da identificação de um número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais (p. 9), sendo assim o conceito de humanização passa a ser proposto nesse contexto como uma “nova cultura reflete um desejo, por parte das organizações de saúde e dos usuários, de um novo modo de ser e fazer nos serviços de saúde<sup>3</sup> pautados no respeito à vida humana” (p.11).

O programa, contou com a participação de profissionais da área de saúde mental em sua elaboração, que tinham como um de seus objetivos - a partir da “valorização da dimensão humana e subjetiva” - produzir uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade (p. 7).

No entanto, o que vemos é que apesar de ressaltar inicialmente a importância dos recursos humanos, materiais e espaciais, esses são secundarizados em relação a uma supervalorização do papel - e portanto, uma culpabilização - dos profissionais da saúde sobre a qualidade da atenção à saúde. Tal pensamento é expresso no documento ministerial, da seguinte maneira

Com condições idênticas de trabalho, um hospital consegue melhores resultados que outro se houver compromisso da liderança, qualidade na gestão, competência e criatividade da equipe. Os bons resultados dependem, em grande medida, da capacidade de o hospital oferecer um atendimento humanizado à população (p. 5)

O que permite revelar uma compreensão sobre a humanização tanto como um posicionamento profissional, na relação trabalhador-usuário, como também uma intensificação das responsabilidades (ou melhor, do trabalho humano) dos trabalhadores da saúde na área hospitalar. Fato este que se torna mais evidente, no

---

<sup>3</sup> *grifo nosso*

documento explicita que o “Programa Nacional de Humanização depende da vontade política dos dirigentes em participar de ações efetivas e permanentes de transformação da realidade hospitalar” (p. 12). Sobre isso, Conceição (2009) comenta

Na verdade, tem-se o intuito de promover uma humanização, que, como bem informa, consiste num “chamamento aos profissionais da saúde” para trabalharem nessa direção, colocando em grande, senão toda, a responsabilidade deste projeto nos ombros dos trabalhadores da saúde. (p. 200).

Até agora foi possível observar que o termo humanização foi historicamente tomando vários significados e ampliando seu campo de ação, indo desde a busca pelo direito das mulheres a um parto mais seguro e acolhedor até a atenção hospitalar, com a implementação de um programa de um novo modelo de relação trabalhador da saúde-usuário. Fato esse que tem mobilizado diversos autores a produzir reflexões, apresentaremos a seguir alguns desses estudos.

Reis (2013) faz a tentativa de produzir uma resposta sobre o que é a humanização, segundo a autora

Humanizar quer dizer tornar humano. Fazer-se pessoa humana. Tratar o outro com cordialidade. Transformar o ambiente de trabalho em algo mais acalentador, suavizar um procedimento, criar novas relações humanas. É ser mais solidário, pois os seres humanos vivem em sociedade. Dar valor à comunicação de qualidade, porque é ela que nos diferencia dos animais.

O exercício da autora acaba por ao invés de definir, abrir e congregar num único parágrafo uma série de diferentes concepções sobre a humanização tais como: a) humanização como uma possibilidade e condição histórica (“tornar-se humano”); b) humanização como um trato social nas relações humanas; c) humanização como a transformação de um ambiente; d) como uma diretriz de trabalho “suavizar um procedimento”; e) capacidade de produção de relações humanas solidárias; f) um jeito de se comunicar, através da linguagem. Ou seja, a autora vai ao longo de seu trabalho, definindo a humanização a partir de uma série de possibilidades e capacidades humanas.

No entanto, no desenrolar do capítulo, vai indicando a humanização como uma característica individual, como algo inerente a um posicionamento social, a uma

moral, que se aproxima da condição de ser ou não ser. Como expresso no seguinte trecho “A humanização no trato hospitalar precisa ser construída e consolidada não a partir do conhecimento acadêmico, mas muito mais a partir do caráter de médicos e funcionários” .

Deslandes (2004) por sua vez, tendo em vista uma compreensão sobre o termo e sua aplicabilidade, vai trilhar um caminho de debater a proposta de humanização a partir de um questionamento sobre seu caráter antagônico “a prática em saúde era (des)humanizada ou não era feita por e para humanos? ”. A autora conclui dizendo que "o conceito de humanização da assistência ainda carece de uma definição mais clara, conformando-se mais como uma diretriz de trabalho, um movimento de parcela dos profissionais e gestores, do que um aporte teórico-prático” (2004, p. 8).

Já Casate e Corrêa (2005), ao se depararem com a temática na área da enfermagem, afirmam que a humanização “envolve questões amplas que vão desde a operacionalização de um processo político de saúde calcado em valores como a cidadania, o compromisso social e a saúde (...) e passando pela revisão das práticas de gestão” (p. 110). Introduzindo no debate a humanização como um valor socialmente construído, muito próximo também aos princípios democráticos do SUS, e que deve ser considerado em sua articulação com as demais dimensões - políticas, administrativas e subjetivas (p. 111).

Puccini e Cecílio (2004) vão propor uma discussão crítica, onde rebatem a discussão de humanização no campo da saúde, pela perspectiva romantizada, segundo os autores

O caminho proposto de uma “reumanização” da medicina guarda forte apego bucólico, limitando-se à questão da formação médica e seu caráter clássico perdido por força da tecnologia. Reduz a questão a um problema no interior da epistemologia médica, procurando retomar, por meio da volta ao passado, o caráter técnico e moral perdido, restaurando um médico idealizado na literatura romântica (p. 1345)

Para os autores o conceito de humanização tem sido empregado, como um contraponto ao modelo de atenção à saúde mediado pela sofisticação tecnológica, assim se referindo como uma tentativa de resgate de um outro modo de produção

de cuidado, que foge de sua própria história de constituição epistemológica. E terminam afirmando que “a humanização é um movimento com crescente e disseminada presença, assumindo diferentes sentidos segundo a proposta de intervenção eleita” (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p. 1.344).

Há ainda, a dissertação de mestrado de Archanjo (2010), onde a autora fez um levantamento bibliográfico entre os anos de 2003 a 2009, onde 90 trabalhos entre artigos, pesquisas e eventos, foram catalogados, e tiveram o sentido do termo humanização analisados.

De um total de 90 resultados levantados, destaca-se que 21 tomam a humanização das práticas em saúde como respeito à vida e melhoria das relações, atendimento e estrutura física dos serviços; 8 tratam o tema como melhoria e garantia de direitos das parturientes, 1 atrela a humanização em saúde como redução da medicalização e tempo de internação, 5 reforçam as bases humanistas do termo humanização, com destaque para importância de ser bondoso e tratar bem o usuário e 55 abordam o tema da humanização como proposta para um novo modo de produzir saúde, com destaque para a indissociabilidade entre atenção e gestão.

A breve apresentação e levantamento desses trabalhos, nos dão condições para afirmar que o termo humanização apresenta-se como um conceito difuso, e por vezes polissêmico. E portanto, sujeito a uma pluralidade de interpretações. O que nos leva a questionar, qual concepção tem sido adotada na elaboração das políticas sociais e como isso se articula ao campo de disputa social, no qual o SUS está inserido.

A Política Nacional de Humanização (PNH), tem origem em 2003, sob o governo Lula, a partir de uma revisão do PNHAH, realizada pelo Ministério da Saúde, que decidiu por substituí-lo pela implementação da Política Nacional de Humanização, mudando o patamar de alcance da humanização dos hospitais para toda a rede SUS, colocando-a como uma política cujo foco passou a ser, principalmente, os processos de gestão e de trabalho (RIOS, 2009). Onde a PNH assume assim, o caráter de política transversal do SUS.

Dessa maneira a PNH avança em relação ao PNHAH, uma vez que diferentemente do programa anterior, a política reconhece que mudanças no modelo de atenção não se farão sem mudanças no modelo de gestão (Brasil, 2006, p. 8). Dessa forma a PNH lança um olhar ampliado para as condições que compõem a qualidade do atendimento em saúde, segundo Conceição (2009)

O documento reconhece que o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores e a não garantia de uma formação contemplando o escopo das políticas públicas fragilizam o SUS e diminuem a possibilidade de práticas comprometidas com a saúde, e conseqüentemente com os usuários, o que implica a desconsideração dos seus direitos. (p. 202)

A PNH foi proposta tendo em vista a necessidade de articulação das ações e programas de humanização, que haviam se desenvolvido nos anos anteriores, isoladamente, de maneira fragmentada na rede de atenção à saúde. A ideia então, passa a ser, unir esses projetos e abrangê-los a partir da inclusão da qualificação da atenção e gestão, através da atenção integral, equânime, com responsabilização e vínculo; para a valorização dos trabalhadores e para a democratização da gestão e do controle social (Brasil, 2004, p. 9).

Isto posto, o presente trabalho, orientado pela perspectiva da Psicologia Sócio Histórica, que fundamenta-se

no pressuposto de que as ideias, em qualquer forma de organização e sistematização, são expressão da base material da sociedade, a qual encerra contradições de várias dimensões, expressão da contradição fundamental, a contradição de classes. (Gonçalves, 2003, p. 278).

Reconhece que a PNH, enquanto uma política pública, tem a sua formulação constituída na relação com a realidade concreta desse tempo, e portanto envolve as dimensões social e política, afeitas ao campo do poder público, responsável por sua implementação, e ao campo da participação social. Mas também a dimensão subjetiva de todos seus atores (Gonçalves, 2003).

Revelando através de suas propostas, importantes compreensões de sujeito, participação, organização, gestão e cuidado e etc, que têm endossado o significado da humanização e tensionamentos no campo de disputa das políticas sociais na saúde.

Assim sendo, o presente trabalho buscará a partir da Psicologia Sócio Histórica, produzir um estudo da Dimensão Subjetiva presente na Política Nacional de Humanização, tendo em vista evidenciar as mediações presentes nessa produção.

Para tal, a fim de prosseguirmos com consistência a discussão, cabe elucidar o referencial teórico que guia as reflexões da presente pesquisa, incluindo a categoria teórica Dimensão Subjetiva.

## **5. A Psicologia Sócio Histórica: um movimento crítico**

A Psicologia Sócio-Histórica, referencial teórico que orienta o presente estudo, caracteriza-se como uma abordagem crítica em Psicologia. Tal afirmativa, encontra respaldo tanto na reflexão sobre fundamentos teóricos e epistemológicos que a sustentam, como também na intencionalidade com a qual é proposta.

Baseada inicialmente na Psicologia Histórico-Cultural de Vigotski (1896-1934), a Psicologia Sócio-Histórica se constrói tendo em vista um contraponto a uma determinada concepção naturalizante de homem e ciência, em especial, a concepção dicotômica de mente-corpo/indivíduo-sociedade; que por muito tempo orientou as ciências humanas, e que posteriormente serviu de referencial para a própria Psicologia. Assim sendo, a apresentação da Psicologia Sócio Histórica, passa também por uma retomada da própria história da Psicologia, incluindo as condições históricas que permitiram seu surgimento.

A primeira delas, diz respeito à mudança de paradigma decorrente da ascensão da burguesia no século XIX, tais como a valorização da razão humana, o ideal de liberdade, o poder de transformação do mundo real, com a ênfase no próprio homem, foram aspectos que possibilitaram a criação de uma ciência racional que buscava não apenas o desvendar das leis da natureza, mas permitia a construção de conhecimento a partir da experiência e da razão humana.

É importante ressaltar, que a revolução burguesa, não apenas estabeleceu uma nova ordem em contraponto ao feudalismo, mas desempenhou esforços para manutenção de sua instalação. É nesse sentido, que o liberalismo se constitui

enquanto ideologia fundamental do capitalismo, pois o mesmo além de romper com as hierarquias no período anterior, introduz a valorização do indivíduo. Noção básica para a manutenção do sistema capitalista de produção.

Parafraseando Bock (2007), a noção de eu e individualização, produz a ideia de particularidade, de mundo privado, e portanto, o também “interno”. De modo que passa-se a dar existência a elementos individuais e singulares, que permitem assim o desenvolvimento de um sentimento de eu, de ser único. É esse processo histórico que abre uma demanda, e oportuniza a criação de uma ciência para estudar esse sentimento, a Psicologia.

A partir de 1875, com o estabelecimento da Psicologia, enquanto um campo da ciência por Wundt (1832-1920), temos a princípio como objeto de estudo, a experiência consciente. Segundo Bock (2007),

Wundt reconhecia o caráter básico dos elementos da consciência (atomismo), mas se diferenciava do associacionismo por pensar a consciência como processo ativo na organização de seu conteúdo pela força da vontade. Via o pensamento humano, ao mesmo tempo, como produto da natureza e como criação da vida mental. (p.16)

Assim sendo, a Psicologia tem como berço um período histórico regado de transformações, que colocava questões tanto à sociedade, como também - de forma inevitável - à ciência, que se viu marcada por características positivistas, mecanicistas, associacionistas, atomistas e deterministas. Tais elementos, em menor ou maior grau, influíram sobre o desenvolvimento da Psicologia enquanto ciência, de maneira, que não é de se espantar que Wundt imbuído dos impasses metodológicos, da dicotomia interno-externo, sugeriu duas psicologias: a Psicologia Experimental e a Social. Sobre isso Bock (2007) acrescenta que

Seus seguidores enfrentarão esses pêndulos, escolhendo um dos pólos da dicotomia. Titchener (1867-1927) concebeu o homem como dotado de uma estrutura que permite que a experiência se torne consciente; James (1842-1910), ao contrário, pensou o homem como um organismo que funciona em um ambiente e a ele se adapta. O Comportamentalismo pensou o homem como produto de condicionamentos, a Gestalt valorizou as experiências vividas e a Psicanálise enfatizou as forças que o homem não domina e não conhece, mas que o constituem. Todas as abordagens se constituíram como esforços para que a ciência psicológica pudesse dar conta de compreender o homem e seu contato com o mundo real. (p. 16)

A busca da objetividade a partir da exterioridade do sujeito do conhecimento afirmando uma dicotomia sujeito-objeto, produziu por muito tempo a noção de uma neutralidade do conhecimento. Tratava-se da discussão da relação entre o sujeito e o objeto de conhecimento, em que se afirma a independência de um em relação ao outro e a necessidade de que o conhecimento corresponda ao objeto como ele é (Gonçalves, 2003).

Esse mesmo fundamento por sua vez, permitia uma leitura de sujeito a par da sociedade, tendo seu desenvolvimento caracterizado por condições naturais, independente da história. O que mais uma vez, replicava a ideia de objeto neutro, único e estático.

E foi justamente sobre esse ponto, questionando as consequências e intencionalidades desse modo de produção de conhecimento, que a Psicologia Sócio Histórica vai se construir em contraponto, apresentando uma nova perspectiva epistemológica para a produção de conhecimento no campo da Psicologia.

A partir de uma leitura marxista da realidade, a Psicologia Sócio Histórica tem por base o materialismo histórico dialético. O materialismo diz respeito ao reconhecimento da base material na qual se produz e reproduz a vida a partir do trabalho.

O histórico, se refere à atividade dos sujeitos na produção da sociedade, agregando subjetividade à objetividade. A noção de historicidade, para além do reconhecimento de uma referência a um contexto histórico, se refere à compreensão do modo como se produz a história, a partir do caráter processual e contraditório da produção material da realidade. Segundo Gonçalves e Bock (2018) trata-se de

ter como ponto de partida uma compreensão de ser humano definida a partir do trabalho, atividade de transformação da natureza, por meio da qual produz e reproduz a própria existência. Atividade se dá dentro das relações sociais que vão sendo configuradas de formas diferentes em função do desenvolvimento do próprio trabalho e de tudo que envolve: exploração da natureza e produção de ferramentas; produção de conhecimento e tecnologia; divisão do trabalho; propriedade dos meios de produção e apropriação do produto do trabalho. A forma como todos os elementos se

desenvolvem e se modificam altera o próprio ser humano. Aí está o caráter processual que define a história. (p.136)

Já a dialética, diz do processo que compreende as relações e o movimento resultante das contradições, reafirmando assim a constante transformação. O caráter contraditório, diz respeito à produção de contrários que se dá durante o processo, de forma que ao mesmo tempo que produz, e produz a si mesmo, e também constituem-se contrários entre si.

Assim, de acordo com Gonçalves (2003), podemos entender que o processo de produção de conhecimento é um processo histórico e social. Expressa a realidade concreta de um tempo e de um lugar, não de forma direta e linear, mas de forma mediada e contraditória.

Essa noção, favorece um outro tipo de leitura da realidade, não mais sob uma concepção naturalista, mas a partir da história, da produção humana sobre o mundo. Introduce assim através do trabalho, uma concepção de ser humano como agente produtor da realidade, e portanto, como ser com potência para a construção e transformação.

Desse modo, a Psicologia Sócio-histórica, ao fundamentar-se no marxismo, tendo por base o materialismo histórico dialético, enquanto filosofia, teoria e método (Bock, 2007, p.16) diferencia-se ao propor uma superação - da dicotomia sujeito-objeto - para o campo. Contribuindo com uma concepção de homem como um ser ativo, social e histórico.

Ativo pois entende, o homem enquanto ser que através de sua atividade, e trabalho produz a realidade material. Social, não apenas porque nasce em sociedade, mas porque desenvolve-se a partir desta. E histórico, porque ao passo que o homem impera sua atividade na construção da vida material, o mesmo elabora as ideias enquanto representação desta, de modo que a história constitui-se como o movimento contínuo do fazer humano.

O movimento dialético está posto de modo, que o homem ao passo que produz também é produzido pela realidade material. Como Gonçalves (2001) destaca

(...) na concepção materialista, sujeito e objeto têm existência objetiva e real e, na visão dialética, formam uma unidade de contrários, agindo um sobre o outro. Assim, o sujeito é ativo porque é racional, mas não só. Antes de mais nada, o sujeito é sujeito da ação sobre o objeto, uma ação de transformação do objeto. A ação do sujeito transforma o objeto e o próprio sujeito. E essa ação do sujeito é necessariamente situada e datada, é social e histórica. (p. 121).

Destarte, o fenômeno psicológico é entendido como algo que não é a priori ao homem, não é natural, mas que se refere à condição social, econômica e cultural de um determinado tempo e sociedade. Pois compreende que o fenômeno psicológico deve ser entendido como capacidade humana, que tem surgido a partir de mudanças qualitativas ao longo da vida, em meio a um processo histórico, logo, trata-se de uma inseparável construção de nível individual no mundo simbólico, que é social. Assim o que a Psicologia Sócio Histórica propõe é um novo método e epistemologia, que permitem abordar o objeto da psicologia, e da psicologia social na concretude da vida social e histórica (Gonçalves e Bock, 2018).

É nessa direção que ao falar do fenômeno psicológico, a Psicologia Sócio-histórica irá se ater a uma obrigatória reflexão sobre a sociedade, pois o “mundo psicológico é um mundo em relação dialética com o mundo social. Conhecer o fenômeno psicológico significa conhecer a expressão subjetiva de um mundo objetivo/coletivo.” (p.23).

Desse modo, a constituição da subjetividade passa a ser entendida através das mediações sociais. Segundo Gonçalves (2001) a linguagem é a que melhor representa a síntese entre subjetividade e objetividade. Pois

o signo é, ao mesmo tempo, produto social que designa a realidade objetiva; construção subjetiva compartilhada por diferentes indivíduos, através da atribuição de significados; e construção subjetiva individual, que se dá por meio do processo de apropriação do significado social e da atribuição de sentidos pessoais.” (p. 50).

Dessa forma, a realidade social é concebida como resultado de uma construção social da realidade. Para evidenciar esse processo, a Psicologia Sócio

Histórica recorre a elaboração da categoria teórica Dimensão Subjetiva, a fim de indicar que se trata de uma dimensão constitutiva da realidade. (Gonçalves & Furtado, 2016).

Tal categoria, permite compreender a subjetividade e a objetividade como elementos contraditórios, mas inseparáveis no processo. Em resumo, nessa perspectiva, é possível identificar a noção de contradição da dialética, que diz do reconhecimento da subjetividade presente na objetividade no movimento de produção da realidade.

Assim sendo, a partir do materialismo histórico dialético, a Psicologia Sócio-Histórica rompe com uma visão dicotômica interno-externo, abandona uma concepção abstrata de fenômeno psicológico, que reforçava uma concepção de homem fragmentado e descolado da realidade social. E principalmente, ao superar os dilemas de uma tradição positivista, a Psicologia Sócio-histórica ao passo que denuncia também alcança uma perspectiva mais crítica e combativa, quanto ao caráter ideológico encontrado numa suposta neutralidade presente na história da Psicologia.

A noção de historicidade, nos dá condições para evidenciar, o caráter ideológico, e portanto o ocultamento das relações de dominação e opressão, frutos do sistema capitalista de produção. Que ao explorar a força de trabalho, a partir de mais valia, tendo em vista o acúmulo de capital, cria uma inevitável dinâmica estrutural de dominação-exploração, que ganha expressão através das classes sociais.

As contradições históricas também se expressam na dimensão subjetiva da realidade, atravessando as experiências concretas, elas próprias já contraditórias, e compondo a produção subjetiva compartilhada socialmente, onde valores diversos, aspectos ideológicos, estão em disputa. Desse modo, segundo Gonçalves (2010)

Considerar a dimensão subjetiva como propomos, em constituição histórica, requer que se leve em conta e se evidencie que, na produção de políticas públicas, sempre houve a presença de determinada compreensão sobre os sujeitos e sua subjetividade. Queremos dizer que a formulação de políticas pressupõe determinados sujeitos e subjetividades a serem por elas contemplados. Isso, entretanto, nem sempre é evidenciado (p.21)

Dessa forma, entendemos que a análise da Dimensão Subjetiva nas políticas públicas se configura como uma importante contribuição, ao passo que permite pelo pensamento tornar visíveis elementos que estão para além da imediatez da observação, mas enquanto mediações na produção de fenômenos sociais. Reconhecendo tais fenômenos, e que eles são expressões da dimensão subjetiva da realidade, em seus aspectos contraditórios, como apontado anteriormente e que revelam a disputa por diferentes noções de sujeito, direitos, igualdade. (Gonçalves & Brambilla, 2020, p. 275).

Portanto a Psicologia Sócio-Histórica se constitui enquanto uma abordagem crítica, por permitir a partir de seus pressupostos teóricos e epistemológicos o desvelamento dos elementos que compõem tanto o fenômeno psicológico como também a realidade social. O que por sua vez abre caminhos e fornece elementos para a construção de um novo posicionamento profissional comprometido com a transformação social, não só enquanto intenção e propósito, mas como possibilidade teórica e científica (Gonçalves, 2003), afirmando assim a transformação social, como um movimento possível.

Assim, em concordância com as autoras Gonçalves & Brambilla, a pesquisa em questão, reconhece a importância de entendermos que a dimensão subjetiva também constitui a realidade, e que sua desconsideração encobre aspectos vitais e impede a crítica e o posicionamento em prol da transformação (2020, p. 282). Sendo assim, portanto, uma análise fundamental para o campo das políticas públicas.

Isto posto, o presente trabalho buscará a partir da Psicologia Sócio Histórica, produzir um estudo da Dimensão Subjetiva<sup>4</sup> presente na Política Nacional de Humanização, tendo em vista evidenciar as mediações presentes nessa produção.

## 6. METODOLOGIA

Em coerência com o referencial teórico da Psicologia Sócio Histórica, o presente estudo adotou a análise documental como caminho metodológico e analítico, à luz das categorias metodológicas *historicidade* e *contradição* do

---

<sup>4</sup> será apresentada no capítulo seguinte.

Materialismo Histórico Dialético, e da categoria teórica *dimensão subjetiva da realidade*, apresentadas no capítulo anterior.

Esta escolha referencia-se pelo reconhecimento de que os documentos como fonte de pesquisa, sejam eles documentos oficiais, textos jornalísticos, livros acadêmicos, relatórios, diários, leis, filmes, fotos etc., constituem fontes importantes da análise do uso de noções que circulam na sociedade e geram debates temáticos (Méllo, 2006 apud Méllo et. al, 2007).

De acordo com Bravo (1991), são documentos todas as realizações produzidas pelo homem que se mostram como indícios de sua ação e que podem revelar suas ideias, opiniões e formas de atuar e viver. Assim, nesse sentido, a pesquisa documental permite a investigação de determinada problemática não em sua interação imediata, mas de forma indireta, por meio do estudo dos documentos que são produzidos pelo homem e por isso revelam o seu modo de ser, viver e compreender um fato social.

A Psicologia Sócio Histórica, por sua vez, nos permite ampliar ainda mais essa concepção ao identificar que os documentos são também, expressão de signos, disputas, movimentos, negociações, desejos, sentimentos, concepções e significações; e que, portanto, carregam uma dimensão subjetiva da realidade. (Brambilla, 2019). Sobre esse aspecto podemos considerar que os documentos são constituídos de enunciados. Enunciados não são meras composições frasais, mas composições de sentidos que envolvem muitos atores, vozes e projetos.

Posto isso, a partir das premissas metodológicas aqui indicadas, tendo em vista o objetivo deste estudo, foram escolhidos como objetos de análise publicações referentes à Política Nacional de Humanização (PNH), que melhor contemplassem os elementos sobre a proposta e organização da política. A proposição desse critério resultou na seleção dos seguintes documentos oficiais:

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

- Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2011.

Numa primeira etapa, a partir de uma leitura inicial, realizou-se a elaboração de uma sistematização de cada um dos documentos, com a apresentação de uma breve descrição dos principais conteúdos e apontamentos que se referissem aos objetivos da presente pesquisa.

Posteriormente, a partir dos aspectos destacados na análise, considerando a totalidade da política, realizou-se uma reflexão crítica com a explicitação aprofundada das singularidades e contradições, presente em ambos os documentos, tendo em vista a produção de uma leitura da dimensão subjetiva da PNH.

## **7. ANÁLISE E DISCUSSÃO**

Recuperando o objetivo desse Trabalho de Conclusão de Curso este capítulo analisa e discute a dimensão subjetiva presente na Política Nacional de Humanização. Para atingir o objetivo percorremos neste trabalho a escolha do fenômeno, a compreensão do fenômeno, sua desnaturalização, a perspectiva teórica que orienta essa leitura e por fim, reservado para esse capítulo, a interpretação da dimensão subjetiva na PNH. Como apresentado anteriormente, a análise se produzirá em duas etapas, as quais serão apresentadas a seguir.

### **7.1 Sistematização Inicial dos Documentos Oficiais**

**Documento 1:** Política Nacional de Humanização - a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS, de 2004.

O documento em questão, como o próprio título ilustra, traz como objetivo a explicitação da proposta da Política Nacional de Humanização como um eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. É interessante notar como, desde o início, a PNH vai sendo colocada como um elemento a mais na estruturação do SUS, na direção de complementar e ampliar

aquilo que, de certo modo, apenas os princípios e diretrizes do SUS, não estavam sendo capazes de garantir.

Nessa direção, a PNH é apresentada como uma solução estratégica, que busca inferir sobre determinados pontos considerados problemáticos no SUS, como: a organização do processo de trabalho; a relação entre trabalhadores e os usuários; a formação dos profissionais de saúde; e a participação no controle social do SUS. Segundo o documento,

O baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades. Há poucos dispositivos de fomento à co-gestão, à valorização e à inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, com forte desrespeito aos seus direitos. Um processo de gestão com tais características é acompanhado de modos de atenção baseados – grande parte das vezes – na relação queixa-conduta, automatizando-se o contato entre trabalhadores e usuários, fortalecendo um olhar sobre a doença e, sobretudo, não estabelecendo o vínculo fundamental que permite, efetivamente, a responsabilidade sanitária que constitui o ato de saúde.(p. 5)

Revelando assim, a identificação das relações estabelecidas entre os diferentes atores que compõem o SUS (gestores, trabalhadores e usuários) como um aspecto determinante no processo de produção e de garantia do direito à saúde.

Cabe destacar, que o documento apresenta uma leitura que compreende essas relações como interdependentes, e a partir disso, faz uma aposta de que diferentes arranjos podem promover diferentes resultados. É nesse sentido que a PNH seleciona a atenção e a gestão como pontos para provocar transformações.

Essa explicitação é extremamente importante, primeiro, porque localiza a PNH como uma política que parte do reconhecimento de avanços e fragilidades do SUS, e segundo, porque delimita os aspectos específicos sobre os quais a mesma se propõe a operar.

Este recorte, nos dá margem para entender que a PNH, como uma política de saúde, claramente, não visa enfrentar todos os problemas ou todas as dimensões que compõem os problemas presentes no SUS, o que por sua vez, não impede que

dentre seus limites, a PNH indique uma leitura sobre o SUS e sobre o contexto no qual este se encontra inserido.

A proposição da PNH, como uma política transversal no SUS, é um elemento que ajuda a caracterizar essa leitura, de acordo com o documento,

o risco de tomarmos a Humanização como mais um programa seria o de aprofundar relações verticais em que são estabelecidas normativas que “devem ser aplicadas e operacionalizadas”, o que significa, grande parte das vezes, efetuação burocrática, descontextualizada e dispersiva, por meio de ações pautadas em índices a serem cumpridos e metas a serem alcançadas independentemente de sua resolutividade e qualidade. (p.06)

Explicitando assim, que da formulação até a implantação de um programa, por exemplo, há uma série de atravessamentos, que por sua vez, podem contribuir para o desvio da proposta inicial. Ao utilizar expressões como “efetuação burocrática”, “ações pautadas em índices a serem cumpridos e metas a serem alcançadas”, o documento vai expondo uma crítica aos modos de avaliação exclusivamente quantitativos, que acabam orientando um processo de trabalho focalizado na produção de resultados que priorizam uma expressão numérica significativa, deixando em segundo plano, a resolutividade e qualidade. Ou seja, nem sempre os dados correspondem com a realidade, mas produzem efeito sobre esta, tanto positivos como negativos.

Por outro lado, para além de apresentar uma contradição entre os modos de produção de avaliação e de leitura de resultados, essa crítica também tende a localizar na PNH, uma estratégia que busca enfrentar esses processos, pautando-se pela lógica inversa. Isso fica evidente na seleção das prioridades sobre as quais a PNH busca lidar, segundo o documento:

1. Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
2. Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial.
3. As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS.
4. As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.(p.10)

Colocando assim, a perspectiva do usuário e do trabalhador como medida para avaliar as transformações no âmbito da atenção e da gestão. E para tal, sugere recursos como o estabelecimento de critérios de risco, referência territorial, a divulgação dos direitos dos usuários do SUS, bem como a gestão participativa e a educação permanente. Assim, não se trata de produzir ou não dados estatísticos quantificáveis, mas, necessariamente, de produzir mudanças qualitativas, como a promoção de novas possibilidades tanto para o usuário, como também para os trabalhadores de todo o sistema único de saúde.

Desse modo, a PNH enquanto uma política transversal, opta por trilhar um caminho, em contraponto às relações verticais em que geralmente são estabelecidas normativas, a PNH buscará ser “entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva.” (p. 07).

Nesse sentido, a PNH se constitui e materializa no cotidiano das práticas de saúde e na organização dos serviços, muito mais como uma política “orientadora” do que “normativa”. Ao buscar qualificar-se como uma construção coletiva, a PNH põe em cena o reconhecimento do papel ativo dos trabalhadores, gestores e usuários na implementação ou não da mesma.

Assim, a PNH cria uma abertura para o estabelecimento de um novo tipo de relação no campo das políticas de saúde, que não está na ordem do impositivo, mas na ordem da pactuação de um compromisso que possui como direção a produção de uma qualificação do SUS. Compromisso esse que só alcança a realidade, quando assumido por cada um dos atores que compõem o SUS.

Cabe ressaltar, que ao passo que essa mudança qualitativa, vai sendo vinculada a presença dos trabalhadores da saúde na relação com o usuário, num sentido de singularizar a sua identificação de profissional da saúde, a partir da

relação com o usuário, o território, sua inserção no serviço, ela também vai criando um horizonte referencial para a constituição dos direitos dos usuários do SUS<sup>5</sup>.

É nessa direção, que o conceito de humanização, propriamente dito, vai sendo definido a partir de sua tarefa, tal como “ofertar atendimento de qualidade articulando avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria de ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”, ou ainda em “aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, sua produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho.”.

Tais elementos nos permitem apreender que a proposta de humanização, se refere uma qualidade diferenciada (melhorada) de atendimento, onde valoriza-se os atores e os efeitos produzidos a partir da relação trabalhador-usuário/gestão-atenção, como imperativo para a garantia do direito à saúde. Propondo assim, uma integração das ações que acontecem no cotidiano dos serviços de saúde, com a dimensão política ao qual se pretende o SUS.

Assim, a humanização passa a ser expressa como um novo elemento tensionador a ser considerado nas relações que se estabelecem no processo de produção de saúde, que não se resume em “tornar mais humana a relação com o usuário”(p. 6). Mas convoca todos à responsabilização na construção daquilo que é, e se propõe o SUS. Isso fica mais evidente quando o documento sinaliza que

Devemos tomar cuidado para não banalizar o que a proposição de uma Política de Humanização traz ao campo da saúde, já que as iniciativas se apresentam, em geral, de modo vago e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade, um “favor”, portanto, e não um direito à saúde. (p. 6)

Ao dizer do direito à saúde, a PNH retoma dos princípios e diretrizes do SUS uma concepção de saúde ampliada, que aponta para uma composição a partir de determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Assim, ao convocar a um compromisso com a qualificação no processo de produção de saúde, ela

---

<sup>5</sup> Posteriormente, organizada na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua 198ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de junho de 2009.

também convoca a um compromisso com a produção de novas condições sociais, o que por sua vez, também passa pelos modos como se estabelece o relacionamento trabalhador-usuário, e sobre gestão-atenção.

Tamanha abertura para construção coletiva, tem reflexos no documento que, como uma das primeiras sistematizações da política, se organiza em torno da caracterização da proposta, preocupando-se mais com a justificativa da política, e menos com os modos com os quais a mesma se concretizará.

Exemplo disso, são o modo como os princípios norteadores da PNH são apresentados. São elencados cinco princípios: 1) valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão; 2) estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e de sujeitos; 3) fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, com estímulo à transdisciplinariedade e a grupalidade; 4) atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário; 5) utilização da informação, da comunicação e da educação permanente e dos espaços de gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

Embora todos os princípios façam alusão aos elementos que são trazidos no texto como um todo, a falta de explicitação sobre a que se refere alguns aspectos tais como “estímulo”, “alta conectividade”, “utilização da informação, da comunicação”, deixam em aberto as possibilidades de interpretação, e portanto, de atribuição de sentidos diferentes na prática, o que por sua vez cria como possibilidade o desenvolvimento de ações desarticuladas. Dessa forma, ao mesmo tempo, que a PNH aponta uma direção para o SUS, ela também acrescenta uma dose de abstração, questões que o estabelecimento da PNH, enquanto uma política, buscava evitar.

Apesar disso, é importante destacar, que essa formulação dos princípios da PNH, manifesta claramente a maneira como a mesma busca complementar o SUS. Através destes, podemos perceber que a PNH não se pretende enquanto uma política reformuladora da organização do processo de trabalho em saúde, no sentido de instituir um novo elemento. Mas pelo contrário, a PNH é uma política que se

posiciona e reconhece dentre as iniciativas e práticas já existentes no processo de organização do trabalho no SUS, aquelas que melhor favorecem e qualificam a assistência à saúde, em alinhamento com os objetivos e princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade).

Isso fica ainda mais evidente, quando analisadas as diretrizes gerais estabelecidas para a implementação da PNH, que são:

1. Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo a gestão participativa.
2. Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido.
3. Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias.
4. Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde.
5. Sensibilizar as equipes de saúde em relação ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e quanto à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos.
6. Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo uma ambiência acolhedora e confortável.
7. Viabilizar a participação dos trabalhadores nas unidades de saúde por meio de colegiados gestores.
8. Implementar um sistema de comunicação e de informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde.
9. Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem a ação e a inserção dos trabalhadores na rede SUS.

A humanização vai sendo definida como uma direção a ser alcançada, a partir de uma espécie de desnaturalização das práticas automatizadas no cotidiano. Por exemplo, quando se coloca o diálogo como meta a ser incentivada entre os profissionais, destes com a população e a administração, ao mesmo tempo que se denuncia uma ausência, também se faz um resgate deste como recurso fundamental para o estabelecimento da gestão participativa.

Em relação a este, a proposição dos colegiados gestores, tendo em vista viabilizar a participação dos trabalhadores, também vai anunciar um SUS, que ao mesmo tempo que tem por objetivo o controle e a participação social, não se ateve em garantir espaços para tal no cotidiano dos serviços. Assim, a PNH ao passo que convoca para a co-responsabilização, também vai colocando em evidência a condição atual dos trabalhadores, ou seja, ao passo que reivindica a humanização, ela também vai pondo luz sobre os aspectos que a impossibilitam.

Ou ainda quando aponta a necessidade de estimular práticas mais resolutivas, no que compete o uso de medicamentos ou além disso, quando propõe uma sensibilização frente aos problemas de violência intrafamiliar e a questão dos preconceitos, a PNH vai destacando aspectos fundamentais sobre os quais uma prática de saúde compromissada com a garantia do direito à saúde não pode se furtar. Não se trata de ampliar o acesso pelo acesso, como se a disposição do serviço, bem como dos profissionais fosse equivalente a produção de saúde em si, se trata de algo para além disso, aponta para o modo como se compreende o sujeito em sua integralidade, e como se articula à rede de saúde, mas também de todos os serviços de proteção social. O próprio conceito de clínica ampliada, sinalizado dentre as diretrizes, é um conceito que irá apontar para essa direção.

Na sequência, o documento apresenta diretrizes especificadas para cada nível de atenção como: a atenção básica, a atenção secundária a partir dos serviços de urgência e emergência bem como também os serviços de atenção especializada, e por fim a atenção hospitalar. Todos, em maior ou menor grau, tendem a repetir as diretrizes gerais, com destaque apenas para a atenção hospitalar, onde se propõe dois níveis de ordem crescente de padrões para adesão à PNH, definidos como b e a.

Os parâmetros para o nível b, contam com aspectos presentes nas diretrizes gerais, incluindo também peculiaridades do serviço, como é o caso da proposição de garantia de visita aberta, por meio da presença do acompanhante e de sua rede social; a presença de equipe multiprofissional (caracterizada minimamente com o profissional médico e enfermeiro) no acompanhamento dos pacientes internados; e

a existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, tal como os cuidados domiciliares. Já o nível a., para além de manter todos os parâmetros referentes ao nível b, soma a estes: ouvidoria em funcionamento; conselho gestor local com funcionamento adequado; e plano de educação permanente para trabalhadores com temas de humanização em implementação.

Tamanha distinção da atenção hospitalar, se dá tanto pelas singularidades do serviços, mas também pela amplitude das questões organizacionais, que se alocam na gestão destes equipamentos. Ainda sobre esse ponto, retoma-se a questão das diretrizes não explicitarem claramente a que se refere por exemplo “ouvidoria em funcionamento” ou “funcionamento adequado”, deixando a cargo dos envolvidos essa caracterização.

Essa estrutura “a definir” da política, é justificada por um entendimento da PNH como uma política em construção, que por sua vez, implica um contruir coletivo. Assim o documento assume seu caráter de abertura, indicando-a como uma disposição para que outras experiências e propostas possam se agregar (p. 16).

Os aspectos apresentados ao longo desse texto, serão retomados e aprofundados no capítulo seguinte, no entanto, tendo em vista dar prosseguimento a sistematização dos documentos, a seguir será feita a análise inicial do segundo documento selecionado.

**Documento 2:** Documento base para gestores e trabalhadores do SUS, de 2011.

O fato da PNH ter mantido um caráter de abertura, permitiu com que a política pudesse ser revista e melhor estruturada nos anos seguintes. O documento em questão, representa uma espécie de atualização, daquela primeira versão, apresentada anteriormente.

É importante ressaltar essa informação, pelo fato deste manter inalterada grande parte dos elementos, assim a análise que se apresentará a seguir, irá se

dedicar apenas aos novos elementos incluídos, estabelecendo comparações, quando pertinentes.

Ao contrário do primeiro documento, que tinha em vista uma apresentação da PNH enquanto eixo norteador, este documento traz como objetivo apresentar aos gestores e trabalhadores do SUS, as referências fundamentais para a implantação da PNH. Algo que explicita, em relação ao primeiro, uma dupla compreensão: a primeira se refere a um amadurecimento das orientações para a concretização da política, e a segunda, diz de um direcionamento dessa tarefa para os gestores e trabalhadores.

Para definir tamanha tarefa, o documento retoma o contexto e qual a direção, a política objetiva transformar.

O documento singulariza-se, por um lado, sinalizando diversos desafios encontrados na saúde, na sua relação com as desigualdades socioeconômicas presentes no Brasil. Dentre eles, destaca “a ampliação do acesso com qualidade aos serviços e bens de saúde e a ampliação do processo de co-responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e cuidar” (p. 7), como desafios sobre os quais a PNH buscará enfrentar, assim como no documento anterior. E por outro, referenciar essa problemática ao despreparo dos trabalhadores e a determinados modelos de gestão centralizados, desvinculando-os assim desta conjuntura maior.

É relevante destacar, que embora essa referência ao despreparo dos trabalhadores e aos modelos de gestão, estivessem presentes desde o primeiro documento, em nenhuma momento havia sido reconhecido as desigualdades socioeconômicas como componente constitutivo dos desafios enfrentados pelo SUS. Assim sendo, entende-se que o documento apenas sinaliza a temática, mas não estabelece uma correlação para com os objetivos da PNH, o que implica numa apreensão da humanização, como proposta que se restringe a um campo específico, no caso o da saúde.

Ainda no tocante às alterações, uma das principais mudanças se concentra nos princípios e diretrizes da PNH. Os elementos, anteriormente assim denominados, encontram-se presentes na política, mas sob novos títulos. Assim, os antigos *princípios norteadores*, neste se configuram como “orientações gerais da PNH”, e o mesmo acontece com as *diretrizes gerais* da PNH, que passam no novo documento, a serem intituladas como “parâmetros para orientar a implantação de ações e dispositivos”. Essa alteração se deve a uma nova elaboração dos princípios e diretrizes.

Desse modo, sendo esta uma das alterações mais significativas, para a seleção do documento, nos ateremos a discutir cada um deles, a começar pelos princípios.

São definidos três princípios: 1) transversalidade; 2) indissociabilidade entre atenção e gestão; e, 3) protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

No que compete à transversalidade, esta passa de característica geral a ser concebida como princípio, definida como “aumento do grau de comunicação intra e intergrupos”, demonstra uma ampliação na direção da construção coletiva. O documento ainda acrescenta que tamanho direcionamento tem como intenção produzir “desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho”. (p. 23). Expressando assim uma perspectiva positiva em relação a abertura para trocas, ao mesmo tempo, que põe luz sobre uma série de dimensões que compõem barreiras no processo de produção de saúde.

Assim, percebemos um deslocamento de sentidos que esse novo documento sugere aos princípios, que deixam de se referir a tarefas necessárias para a implantação da PNH, e passam a se organizar enquanto alvos a serem perseguidos, que ao passo que revelam uma leitura sobre os desafios encontrados no SUS, também apontam uma direção de superação.

Podemos observar isso no princípio de indissociabilidade entre atenção e gestão, que como o próprio nome indica, assume uma posição no referente à inteligibilidade sobre o processo de produção de saúde. Ao ressaltar essa indissociabilidade, a PNH implica a organização do processo de trabalho como elemento fundamental na caracterização da relação que o trabalhador estabelece com o usuário. Embora essa concepção estivesse presente desde o início, neste documento toma contornos mais explícitos, a partir do reconhecimento da “inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos” (p. 23).

O que expõe uma compreensão ampliada de saúde, ao entendê-la como algo que se expressa para além “dos serviços prestados”, caracterizando estes a partir de uma identificação do usuário enquanto sujeito de direitos, o que por sua vez, remonta aos direitos previstos nos princípios do SUS. Assim fazer saúde, deixa de estar vinculada à técnica em si, e passa a estar localizada no próprio processo, onde se produz o encontro entre trabalhador da saúde e usuário. A produção de saúde passa então a estar vinculada à produção de direitos.

Nesse sentido, é reforçado pelo terceiro princípio, definido como ‘Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos’. Onde, apesar de cada um dos componentes (protagonismo, corresponsabilidade e autonomia) possam ser descritos separadamente, é a sua correlação que vai delinear a proposta da PNH.

Ao propor a construção de relações mais horizontais entre os atores que compõem o processo de saúde, a PNH a partir desse princípio define qual a direção dessas relações, assim o protagonismo aponta para a centralidade que a atitude dos sujeitos deve ocupar nos acontecimentos. A corresponsabilidade, vem indicar o modo coletivo sobre os quais se deve organizar a construção do trabalho em saúde, e a autonomia, junto aos demais, confere a valorização da capacidade dos sujeitos e coletivos na produção de regras de funcionamento.

Essa direção é sustentada pela noção de que “trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja

econômicas, políticas, institucionais e culturais” (p. 24). Desse modo, o que o princípio aponta são as condições necessárias para que se possa produzir transformações no mundo, e em si mesmo. São concepções que apontam para o estabelecimento de relações institucionais democráticas, que favoreçam a construção coletiva, e a partir desta se produzam as transformações necessárias.

No que concerne às diretrizes, estas são definidas como as orientações gerais que possuem por tarefa expressarem o método da inclusão dos diferentes agentes implicados no processo de produção de saúde. Estes agentes correspondem, tanto aos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários), como também a analísadores sociais (análise coletiva de conflitos), e a inclusão do coletivo como movimento social, onde há abertura tanto para a experiência singular do trabalhador da saúde, como também do trabalho grupal, tendo em vista fomentar a rede de articulação.

São definidas sete diretrizes: clínica ampliada; co-gestão; acolhimento; valorização do trabalho e do trabalhador; defesa dos direitos do usuário; fomento das grupalidades, coletivos e redes; e a construção da memória do SUS que dá certo.

Embora nenhum destes sejam detalhadamente apresentados, o documento conta com uma sessão glossário, no qual permite a explicação de alguns conceitos, dentre eles, o conceito de clínica ampliada.

A *clínica ampliada*, passa a ser assim adjetivada, em relação a seu contraponto ao modelo hegemônico de clínica, que de acordo com o documento:

1. toma a doença e o sintoma como seu objeto; 2. toma a remissão do sintoma e a cura como seu objetivo; 3. realiza a avaliação diagnóstica reduzindo-a à objetividade positivista clínica ou epidemiológica; 4. define a intervenção terapêutica considerando predominantemente ou exclusivamente os aspectos orgânicos.(p. 55).

Assim, a clínica ampliada vai se referir a um outro modelo clínico, que ao contrário do modelo hegemônico, entende a produção de saúde e o aumento do grau de autonomia dos sujeitos como seu objeto de investimento, estabelecendo um compromisso com o sujeito e não apenas com a doença; parte do reconhecimento

dos limites dos saberes, o que implica em realizar avaliação diagnóstica considerando a história dos sujeitos e os saberes a eles pertencentes; aposta no trabalho das equipes multidisciplinares e transdisciplinares; traz como proposta a corresponsabilização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, faz a defesa dos direitos dos usuários.

Nesse sentido, a ampliação posta, está no nível de compreensão sobre o objeto e o objetivo de trabalho. O objeto deixa de ser a doença, e passa a focalizar o sujeito em sua integralidade e complexidade, e o objetivo de trabalho deixa de centralizar-se exclusivamente na produção da cura, e estende-se para a produção de autonomia. Assim, a clínica ampliada opera uma espécie lente de aumento, que permite uma visão mais ampla sobre as questões que estão postas para a produção de saúde, e que convoca a um posicionamento diferenciado, que vai de encontro a estas questões.

A *co-gestão* ou gestão participativa, também faz alusão a uma ampliação, no entanto, esta se refere à inclusão de novos sujeitos no processo de análise e tomada de decisão. Nesse sentido, a gestão participativa, se configura como aquela que oportuniza a criação de espaços coletivos, e que assume nestes uma postura aberta ao exercício do diálogo.

Em vista disso, a co-gestão talvez seja - junto a clínica ampliada - uma das diretrizes que melhor sintetizam os caminhos para a concretização da PNH enquanto política de saúde. Essas proposições buscam influir diretamente no cotidiano dos serviços, bem como nos modos que produziram a organização do processo de trabalho, e a própria concepção sobre saúde.

A aposta nos espaços de co-gestão, cria espaço para que os demais princípios da PNH se realizem. Assim a humanização proposta pela PNH, não se refere a ações que podem se realizar fragmentadas, mas pelo contrário se refere à própria articulação entre as ações da gestão e atenção.

Na sequência é apresentado o *acolhimento*, como responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, do momento de sua chegada até a sua saída. O

acolhimento embora pareça semelhante à proposta de clínica ampliada, refere-se mais propriamente, a um modo de atuação embasado na clínica ampliada.

Enquanto a clínica ampliada se refere a uma perspectiva, que orienta o objeto e objetivo de trabalho, no que compete a produção de saúde, o acolhimento, se realiza quando o trabalhador se dispõe a ouvir a queixa, “considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável” (p. 51). Assim, o acolhimento se constitui como um importante recurso, que permite acessar o usuário em sua singularidade.

A quarta diretriz, diz respeito à *valorização do trabalho e do trabalhador*, é a que mais se encontra em aberto, no referente a detalhes. Parte dessa questão, pode ser entendida como uma redundância tendo vista que os demais elementos apresentados na política visam esse direcionamento, mas também pode ser interpretado como uma abertura para que cada serviço/instância do SUS produza diferentes estratégias para promover a valorização do trabalho e do trabalhador.

A *defesa dos direitos dos usuários*, que vinha sendo apontada desde o primeiro documento, como uma das prioridades da PNH, dessa vez é novamente colocada como diretriz. O que reafirma o reconhecimento dos usuários enquanto sujeito de direitos, mas que também alarga o lugar de construção compartilhada do cuidado, ao afirmar os deveres dos usuários no processo de produção de saúde.

Alinhado a este, o *fomento das grupalidades, coletivos e redes*, por sua vez, expande a proposição da co-gestão, ao propor para além de espaços de diálogo, uma composição do processo de trabalho a partir de uma articulação coletiva. Assim o incentivo à grupalidade é posto considerando ser esta um “coletivo ou multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares e etc.) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexão na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade se realiza.” (p. 61).

Desse modo, a aposta se dá na potência da humanização enquanto uma experiência coletiva, o que permite uma maior sustentação das mudanças na política

pública, e que se realiza a partir da experimentação dos sujeitos desses arranjos de trabalho, em seus contextos políticos institucionais.

A última diretriz, marca a *construção da memória do SUS que dá certo*, como tarefa a ser cumprida pela PNH. A diretriz retoma a valorização que a PNH faz das iniciativas e avanços alcançados no e pelo SUS, e lança como missão a multiplicação dessa perspectiva, que reconhece os problemas e desafios, sem desdenhar as conquistas.

Todavia, é preciso ressaltar que, ao colocar como diretriz visibilidade sobre o ‘SUS que dá certo’, a PNH revela uma importante esfera que acompanha a realização do SUS, que se refere a uma disputa sobre a possibilidade real de efetivação do SUS, enquanto um sistema único, público, universal e integral.

## **7. 2 A Dimensão Subjetiva da Política Nacional de Humanização**

Considerando os apontamentos anteriormente apresentados, o presente capítulo tem por objetivo elaborar uma reflexão crítica sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), tendo em vista a produção de uma leitura da Dimensão Subjetiva da realidade.

A Política Nacional de Humanização, é proposta a partir de uma determinada leitura conjuntural do SUS, que expõe o caráter contraditório do sistema público de saúde brasileiro, que em parte conquistou avanços no que compete à garantia do direito à saúde, mas que também ainda enfrenta problemas para a realização plena do mesmo.

Evidenciando assim, uma análise do SUS sustentada sob duas perspectivas: uma que o avalia, em relação à condição anterior de sua implementação; e outra que o avalia segundo a realização dos objetivos com os quais o mesmo foi proposto. É nessa segunda perspectiva que as questões-problemas, são identificadas como desafios a serem enfrentados pelo SUS. Dentre eles, a PNH destaca: o acesso com qualidade aos serviços de saúde, fragmentação e verticalização dos processos de

trabalho, o baixo investimento em educação permanente, pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários (BRASIL, 2011).

Desse modo a PNH representa de uma só vez, tanto uma compreensão sobre determinados aspectos que compõem os problemas encontrados no campo da produção de saúde, como também uma solução estratégica para estes.

Embora haja o pleno reconhecimento de que estes não são os únicos problemas enfrentados pelo SUS, estes são pontos tomados como prioritários, naquele momento. Sobre esse aspecto, cabe destacar, que a PNH é elaborada num contexto governamental, onde se realiza de maneira imperativa a valorização e o incentivo às políticas públicas.

A gestão Lula promoveu uma série de transformações em diversos campos e políticas sociais, com modelos democráticos e participativos de elaboração das políticas públicas, a sociedade civil, as trabalhadoras(es) e a gestão pública juntos construíram diretrizes que levaram a mudanças significativas da população brasileira (FURTADO, BRAMBILLA e ROSA, 2018).

É sob esse enlace entre a constatação de determinado problema/necessidade, e um contexto político favorável, que a proposição da PNH irá se construir, tendo em vista a atenção e a gestão como focos para efetuar transformações.

Escolha esta baseada numa leitura que localiza no despreparo dos trabalhadores e nos modelos de gestão embaraços sob os quais se desenvolvem estes problemas, e sobre os quais o SUS possui responsabilidade.

Ao identificar as relações estabelecidas entre os diferentes atores que compõem o SUS (gestores, trabalhadores e usuários) como um aspecto determinante no processo de produção e de garantia do direito à saúde, a PNH evidencia diversas noções no que compete a concepção de saúde, concepção de sujeito, e concepções sobre o próprio sistema único de saúde.

No que concerne a concepção de saúde, a PNH se alinha a uma concepção de saúde ampliada presente nos princípios originários do SUS, que não se reduz à

ausência de doença, mas a uma vida com qualidade (BRASIL, 2011). O que retoma a sua dimensão de direito social, tal como previsto na constituição: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”(BRASIL, 1988: 37).

Dessa forma a PNH resgata duas importantes compreensões: a primeira se refere à saúde enquanto uma produção social, e a segunda à saúde como uma conquista popular. Compreensões que quando articuladas revelam uma concepção de saúde enquanto um processo coletivo, o que segundo Minayo (2002) indica a necessidade de recuperar o sentido do

espaço organizado para a análise e intervenção, buscando identificar, em cada situação específica, as relações entre as condições de saúde e seus determinantes culturais, sociais, ambientais, dentro dos ecossistemas modificados pelo trabalho e pela intervenção humana (p. 182)

É nessa direção de promoção de um ‘espaço organizado’ para a produção de um processo coletivo que a PNH irá formular seus princípios e diretrizes. Embora não caiba neste momento retomar a descrição de todos, é importante concentrarmos a nossa análise sobre os principais aspectos que ajudam a caracterizar a concepção de saúde.

Ao propor como princípio a transversalidade, tendo em vista uma construção coletiva, a PNH reconhece que as mudanças no campo da saúde não se produzem pelo impositivo da “canetada”, há antes, toda uma organização onde se estabelecem uma série de acordos e disputas que nem sempre estarão alinhadas à proposta, seja ela um programa, uma política ou até mesmo uma lei. Ao se propor enquanto uma política transversal do SUS, a PNH busca para além de fazer presente em todas as instâncias, busca garantir um novo esquema de relação com os trabalhadores. De acordo com Pasche, Passos e Hennington (2011)

a valorização do cotidiano como elemento para a formulação das políticas públicas é também uma inovação na medida em que as políticas de saúde se originam em geral no aparato burocrático do Estado, tão afeito à normatização e à prescrição. (p. 4543)

Dessa forma, vai caracterizando a humanização não como um produto final a ser atingido, mas como o próprio processo. Processo esse que começa na própria estruturação da política, e no ordenamento de relações mais horizontais desta para com os trabalhadores.

Esse aspecto fica evidente no princípio de indissociabilidade entre atenção e gestão, onde a PNH parte de uma constatação sobre o modo como a organização do processo de trabalho, produz efeitos diretos na relação do trabalhador com o usuário, o que por sua vez, traz implicações para o processo de produção de saúde. E assim, reconhece que o compromisso com a produção de saúde só se realiza quando assumido por todos os atores. Em vista disto, evidencia-se uma indissociabilidade entre produção de saúde, produção de sujeitos e produção de mundo.

E é sobre esse ponto, que se encontra a produção de autonomia como condição para que os atores possam se implicar no processo de produção de saúde. Autonomia é tomada pela PNH como a capacidade dos sujeitos de produzir novas regras, ordenamentos, normas de funcionamento.

O que revela de uma só vez, a compreensão de que saúde não se produz em relações de assujeitamento, logo está vinculada às possibilidades de criação e reinvenção da vida. E que os sujeitos são dotados de capacidade criativa, a qual deve ser incentivada. Elemento esse que nos dá ocasião para ingressar na discussão sobre a concepção de sujeito presente na PNH.

A PNH opera um papel muito importante ao pôr luz sobre a subjetividade presente no trabalho em saúde, tanto no que compete aos usuários, como também em relação aos trabalhadores. Essa dimensão fica explícita tanto quando a PNH reconhece os trabalhadores como sujeitos, que não operam exclusivamente pela ordem do impositivo, como também quando aponta em suas diretrizes o acolhimento e a clínica ampliada.

O acolhimento é apresentado como recurso que se realiza no encontro entre o trabalhador da saúde e o usuário, caracteriza-se pela escuta qualificada, como

meio para acessar a singularidade do sujeito. Dessa maneira, a PNH vai definindo o vínculo como uma possibilidade e condição importante para que se estabeleça um outro tipo de relação entre trabalhador-usuário, diferente da lógica biomédica, que coloca os usuários na condição de objeto. Nessa mesma direção, e de maneira mais complexa, é definida a clínica ampliada.

Segundo Campos (2003) o entendimento da Clínica Ampliada passa antes pelo reconhecimento de duas outras dimensões clínicas, que ele denomina como Clínica Oficial (clínica clínica), e Clínica Degradada.

A Clínica Oficial (clínica clínica), diz respeito a clínica que está posta como sistema de referência, que possui seu objeto de estudo e intervenção, limitado por uma série de fatores. Entre eles destaca-se o foco unilateral na dimensão biológica, desprezando tanto a dimensão subjetiva como a social da vida das pessoas. Fato esse, que contribui na produção de saberes e práticas marcados pelo mecanicismo, reforçando a soberania e hierarquia de um saber sobre o outro.

O que por sua vez, acarreta numa compreensão de indivíduo fragmentado, como “um ser composto de partes que apenas, teoricamente, guardariam alguma noção de interdependência” (CAMPOS, 2003). Tal reducionismo, corrobora duplamente para a reprodução de fazeres voltados para a noção de remissão de sintomas, e para a secundarização das proposições que competem ao âmbito da prevenção e promoção de saúde.

Já a Clínica Degradada, sempre em relação à Oficial, se refere ao reconhecimento das interferências que as condições sócio-econômicas podem agregar ao exercício clínico, de modo que inviabilize ou decomponha o potencial de atuação do profissional da saúde. Sobre esta, o autor reconhece o caráter perverso de desmonte pelas ações (ou ausência) governamentais, como também a imposição das grandes corporações ao campo da saúde

Toda vez que a racionalidade estritamente clínica é atravessada por outras racionalidades do tipo instrumental ou estratégica, há uma degradação de sua potencialidade teórica e perde-se a oportunidade de resolver problemas de saúde. (CAMPOS, 2003)

Dessa forma, o autor coloca o conceito de Clínica Ampliada como uma estratégia que permite uma nova perspectiva de trabalho, que carrega uma compreensão de sujeito integral, e portanto socialmente multideterminado, repleto de singularidades e potências. E que, portanto, serve como uma alternativa concreta para superar a fragmentação posta na Clínica Oficial, como também os desafios encontrados na Clínica Degradada.

Assim sendo, a PNH retoma o princípio de integralidade do SUS, que implica mais que uma lógica definidora do objeto de saúde entendido como entidade bio-psicosocial, mas uma compreensão do próprio processo de produção de saúde e de seus sujeitos. (REIS, MARAZINA, GALLO, 2004, p.38).

Quando retornamos aos conteúdos apresentados nos documentos oficiais da PNH, entendemos que esse resgate do sujeito em sua integralidade, vai apontando para a própria direção do sentido em que a humanização vai sendo proposta. Em outras palavras, podemos apreender que a humanização diz desse processo de restituição dos sujeitos em sua integralidade, como humanos.

Relevante destacar, que a caracterização do humano vai sendo apresentada em oposição à condição de objeto, se aproximando da concepção de sujeito de direitos, o que remonta por sua vez ao SUS a tarefa de garantir o exercício da cidadania e assegurar a dignidade humana. Esta última referente a um princípio estruturante do Estado democrático e de direitos, expressa o reconhecimento e a afirmação de que o ser humano é o bem maior e o principal objetivo da sociedade (CAMPOS, 2016).

Dessa forma, quando a PNH se propõe a produzir transformações na atenção e gestão tendo em vista a valorização dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, ela marca uma importante posição contra aquilo que Marx (1978) afirma como “valorização do mundo das coisas”. Segundo o autor

Com a valorização do mundo das coisas aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens. O trabalho não produz somente mercadorias; ele produz a si mesmo e ao trabalhador como uma mercadoria, e isto na medida em que produz, de fato, mercadoria em geral. (p. 80)

Dessa maneira, ao mesmo tempo que faz um resgate da integralidade dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, a PNH também resgata a dimensão do trabalho humano na produção da saúde, do cuidado, e dos próprios sujeitos, indicando assim sua concepção sobre o sistema único de saúde.

O que toca, por sua vez, a esfera conflitiva na qual se encontra imbricada às políticas públicas. Para explicitar essa dimensão, faz-se necessário retomar brevemente alguns conceitos e categorias principais do referencial marxista, que orientam a presente reflexão.

O trabalho é entendido como toda atividade humana que produz transformação na natureza, no entanto, ao passo que imprime sobre seu trabalho pela sua ação livre intencionalidade e finalidade, o homem diferencia-se desta. Portanto, o trabalho é um processo no qual os seres humanos atuam sobre as forças da natureza submetendo-as ao seu controle e transformando-as em formas úteis à sua vida, transformando a si próprios, simultaneamente, nesse processo.

Dessa forma, todo trabalho produz algo que tem utilidade e pode ser trocado por outros produtos necessários. Contudo, no processo de produção da sociedade capitalista, são tornados radicalmente distintos o valor de uso e o valor de troca. O 'valor de uso' se refere a necessidade/utilidade do produto a qual o trabalho busca satisfazer, já o 'valor de troca' é definido por sua capacidade de ser trocado por outro produto. Segundo Peduzzi e Schraiber (2008)

O valor de troca faz aflorar a dimensão de trabalho abstrato, na qual o produto do trabalho perde sentido (utilidade) e assume um significado quantitativo de coisas produzidas em quantidade. É nesta dimensão que o agente de trabalho torna-se alienado do sentido desse trabalho, do produto dele e de si próprio como agente dessa produção. (p.323)

Trabalho abstrato, no caso, se refere ao trabalho despido de suas especificidades e considerado como simples despesa de energias humanas, físicas e intelectuais. (PEDUZZI, SCHRAIBER, 2008). Destacando assim, o modo como o sistema capitalista de produção conduz a um processo de trabalho que ao privilegiar acima de tudo, o valor de troca, tende a sujeitar o trabalhador a uma condição estranhada em relação ao próprio trabalho, e de si mesmo.

Posto isso, é importante destacar que quando falamos da proposição de uma política pública de saúde, tal como a PNH, falamos desta a partir de um país capitalista que possui uma recente experiência com o direito à saúde. Assim sendo, é preciso reconhecer que o trabalho em saúde se encontra inserido nessa trama, tal como os demais. Sobre esse ponto, Merhy e Franco (2008) ilustram que

Se na produção de carro o valor referente simbólico é servir para transportar ou até para se exibir com uma máquina especial (para quem deseja não um carro mas uma Ferrari), para a produção de saúde o referente simbólico é ser cuidado ou vender procedimentos para ganhar dinheiro. (p. 281)

Nesse sentido, ressaltamos que a atribuição de valor, é socialmente construída e historicamente determinada. E é nesse ponto que há uma disputa em jogo sobre qual valor será atribuído ao trabalho em saúde, valor de uso (como direito) ou valor de troca (como mercadoria), e essa disputa atravessa todo o campo das políticas sociais numa sociedade desigual. E não apenas no que compete à esfera macropolítica, mas em toda produção social, que constitui o trabalho em saúde, e que alcança expressão no SUS.

Entendemos que é sobre esse ponto que a PNH traz uma grande contribuição. Porque ela evidencia que a construção de um novo sentido para a saúde, em relação aos sujeitos, um novo sentido para o trabalho, só é possível a partir de alterações nas condições objetivas de organização do processo de trabalho.

Ao construir uma outra proposta de organização do processo de trabalho, a PNH evidencia uma concepção de subjetividade construída socialmente e em disputa. A PNH aposta na produção de um novo sentido para o trabalho, o sentido da humanização, mas compreende que é preciso algumas condições para que produza isso que ela chama de implicação. A PNH se organiza em torno da convicção de que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo (BRASIL, 2004).

Assim, faz a defesa do direito à saúde, ao propor a produção de espaços para produção de um trabalho coletivamente construído, que permita aos trabalhadores, não só serem reconhecidos enquanto sujeitos ativos e produtores, mas terem um

espaço para elaboração, apropriação e relação como o seu próprio processo de trabalho. O que dá abertura para que emergja a implicação para com o processo de produção de saúde, e as demais ações relativas a este. É nessa direção que entendemos que a humanização, é ao mesmo tempo um processo de construção de sentido, e o objetivo em si.

Podemo afirmar assim, que a PNH traz diversas contribuições para o campo da saúde, em especial no que se refere à proposição de um horizonte metodológico, de organização dos processos de trabalho tendo em vista a valorização dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, a proposição de canais de comunicação, o incentivo à co-gestão, e um resgate dos usuários enquanto também atores do SUS, que têm algo a contribuir, inclusive em seu caráter questionador.

Entretanto, ao mesmo tempo, não podemos relevar o fato de a PNH expor apenas parte da complexidade dos problemas da atenção e gestão no SUS. Em linhas gerais, ao assimilar a garantia do direito à saúde no âmbito da atenção e da gestão, ao passo que valoriza o papel ativo desses atores, também tira de cena o Estado como um agente responsável por essa tarefa.

E dessa forma, contraditoriamente, acaba por delegar apenas aos trabalhadores a garantia do direito à saúde. Assim, o que por um lado se propõe como valorização do caráter ativo dos atores, enquanto agentes de transformação, por outro passa a configurar uma super-responsabilização.

É fato, como apontado anteriormente, que há uma dimensão da disputa em torno da saúde, enquanto direito ou mercadoria, que se produz no cotidiano dos serviços, e que a PNH reconhece isso.

Por exemplo, quando a PNH reconhece que a formação dos trabalhadores, nem sempre está alinhada com as necessidades sociais e os princípios do SUS, ela afirma que elas estão alinhadas com outras finalidades.

Quando ela destaca que os gestores nem sempre estão alinhados com a concepção de saúde proposta pelo SUS, logo anuncia que há uma outra concepção de saúde que está sendo aderida.

Ou ainda, quando ela evidencia a difícil tarefa de garantir controle social do SUS, ela está denunciando que há um contexto no qual impõe barreiras para a participação. E assim por diante.

No entanto, ao não explicitar a relação do Estado nessa disputa, a PNH oculta as questões estruturais que compõem os problemas que são enfrentados na atenção e na gestão, algo que por sua vez, torna a humanização um valor abstrato, destituído de historicidade. Nesse ponto, concordamos com Minayo (2006) ao afirmar que

todo esforço de humanização, para ser verdadeiro e abrangente, precisa incluir o universo em que os cuidados de saúde são produzidos, seus produtores em interação, suas representações e seus atos. Caso contrário, a ênfase em alguns aspectos que humanizam a oferta de cuidados se torna uma ideologia fraca. (p. 29).

Em outras palavras, o que o presente trabalho quer destacar é que mesmo as propostas da PNH, elas mesmas não podem se realizar apenas a partir de mudanças de perspectivas ou da produção coletiva do trabalho em saúde. Embora estas sejam estratégias fundamentais, que podem de fato operar transformações significativas na organização do trabalho, mesmo estas dependem de outras condições materiais, objetivas e subjetivas.

Exemplo disso, é a Clínica Ampliada, que embora se refira em grande parte a uma mudança de perspectiva, a mesma diante da ausência de recursos tais como ambiente adequado para o atendimento ou a existência de equipes multidisciplinares, teria a sua potencialidade reduzida, que é o que Campos (2003) denomina de Clínica Degradada.

É preciso ter em vista, que quando falamos de uma responsabilização do Estado, partimos de uma perspectiva marxista que

o reconhecemos como produto e expressão do antagonismo inconciliável de classes. Isso quer dizer que o Estado torna-se uma necessidade em função da divisão da sociedade em classes, diante da qual a classe exploradora, em cada época, necessita de uma organização que opere a serviço da manutenção das condições de opressão exigidas pelo modo de produção vigente, no nosso caso, o capitalismo (LENIN, 1917/2007 apud ROSA, 2016).

Ou seja, o reconhecemos em seu caráter contraditório, mas é a partir desse mesmo reconhecimento, que também afirmamos ser possível a produção e a garantia de direitos, é sobre esse espaço que se produz a disputa de projetos societários. É nesse sentido que afirmamos, que a PNH enquanto política, deve considerar não apenas a disputa que se expressa no cotidiano, mas também essa disputa de que projeto de sociedade queremos, é preciso se atentar para o entrelaçamento entre interesses do capital e do Estado e a presença do último no fortalecimento da lógica de valorização do capital que se dá, dentre outros meios, pela apropriação de recursos financeiros do SUS (ROSA, 2016).

Dessa forma, ressaltamos como imperativo para uma política que se propõe uma qualificação na atenção e gestão, tal como a PNH, a necessidade de marcar mais radicalmente a responsabilidade do Estado na produção da garantia do direito à saúde.

Entendemos que uma das características mais marcantes da dimensão subjetiva da PNH, se encontram nessa contradição, de uma política pública, que secundariza a responsabilidade do Estado, bem como as questões conjunturais político-econômicas que percorrem a composição dos impasses aos quais busca superar.

Compreendemos que parte disso se deva à produção da PNH num contexto político progressista que de fato parecia marcar um futuro próspero para o campo das políticas públicas. No entanto, apesar de ter de fato alimentado muitas transformações, isso não foi suficiente para apaziguar a disputa posta no campo dos direitos sociais.

Assim, embora a PNH tenha possibilitado também grandes transformações no que compete à organização dos trabalhadores da saúde, reorganização do processo de trabalho, e de certa forma, até ter criado um horizonte para o que depois pudesse ser estabelecido os Direitos dos Usuários do SUS, ou mesmo a implementação do Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF) na atenção básica. Por ter deixado em aberto essa dimensão, em outros contextos políticos encontra-se como uma política mais vulnerável, correndo o risco de a própria proposta de

humanização, ser apropriada pela lógica neoliberal como uma mercadoria, ou segundo aquilo que Deslandes (2004) chama de *grife*.

Em virtude do que foi mencionado, conclui-se que a PNH traz muitas contribuições ao campo das políticas de saúde. Mas contraditoriamente, também apresenta muitas questões que suscitam o questionamento quanto às suas possibilidades concretas de realização.

Dessa forma, defendemos que a defesa do 'SUS que dá certo', para além de destacar quais foram os avanços e conquistas, passa por frisar quais foram as condições que permitiram as mesmas.

A produção do SUS que dá certo, deve ter como tarefa incontornável, evidenciar os elementos que estão postos na produção do SUS que dá errado.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente trabalho, reconhecendo que a PNH, enquanto uma política pública, que possui a sua formulação constituída na relação com a realidade concreta desse tempo, buscou tecer uma análise sobre a dimensão subjetiva. Esta sendo definida como recurso teórico e metodológico da Psicologia Sócio Histórica, que busca evidenciar os elementos que estão para além da imediatividade da observação, enquanto mediações na produção de fenômenos sociais, reconhecendo a subjetividade presente na objetividade no movimento de produção da realidade, em relação à disputa por diferentes noções de sujeito, direitos, e etc.

A análise documental da Política Nacional de Humanização, permitiu evidenciar o entrelaçamento de diversas noções no que compete à concepção de saúde, concepção de sujeito, e concepções sobre o próprio sistema único de saúde.

A noção de saúde, retoma a perspectiva ampliada trazida pelos princípios do SUS, que aponta para a qualidade de vida, em contraponto a uma perspectiva que tem foco sobre a doença. Dessa forma, saúde passa a ser entendida enquanto um processo coletivo, é na direção de promoção de um 'espaço organizado' para a

produção de um processo coletivo que a PNH irá formular seus princípios e diretrizes, tendo em vista produzir transformações na atenção e gestão.

Entendemos que a PNH ao trazer uma concepção de saúde enquanto produção social, também retoma uma determinada concepção de sujeito, enquanto sujeitos integrais, ativos, socialmente multideterminado, repleto de singularidades e potências. E nessa direção, ao passo que aponta para a integralidade dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, a PNH também resgata a dimensão do trabalho humano na produção da saúde.

É sob este aspecto que entendemos estar alicerçada uma das maiores contribuições e contradições da PNH. Ao construir uma outra proposta de organização do processo de trabalho, a PNH evidencia uma concepção de subjetividade construída socialmente e em disputa. A PNH aposta na produção de um novo sentido para o trabalho, o sentido da humanização, mas compreende que é preciso algumas condições para que produza isso que ela chama de implicação.

Dessa forma, a PNH contribui ao propor uma série de estratégias para uma organização do processo de trabalho em saúde, de modo mais horizontal, democrático e participativo.

Ou seja, favorece a produção e valorização de espaços para a construção coletiva do trabalho em saúde, que cria a oportunidade de um outro tipo de apropriação do trabalho, o que traz como possibilidade tanto uma gestão participativa, como também uma relação mais compromissada entre o trabalhador da saúde e o usuário.

O que por sua vez, cria condições para que o SUS se mantenha como mais que uma conquista da luta democrática, mas como um espaço de tensionamento, para a produção da disputa no tocante ao direito à saúde.

No entanto, ao mesmo tempo que traz essas importantes contribuições, ao não explicitar a relação do Estado nessa disputa, a PNH oculta as questões estruturais que compõem os problemas que são enfrentados na atenção e na gestão, algo que por sua vez, torna a humanização um valor abstrato, destituído de

historicidade. Entendemos assim, como uma das características mais marcantes da dimensão subjetiva da PNH, se encontrem nessa contradição, de uma política pública, que secundariza a responsabilidade do Estado, bem como as questões conjunturais político-econômicas que percorrem a composição dos impasses aos quais busca superar.

É nesse sentido, que questionamos a diretriz “produção da memória do SUS que dá certo”, defendemos que para além destacar quais foram os avanços e conquistas, a tarefa também deve passar por frisar quais foram as condições que permitiram as mesmas. Caso contrário, corre-se o risco da proposta de humanização ser apropriada pelo discurso ideológico neoliberal, e ser transformada em mais uma mercadoria.

Não foi intenção deste trabalho de conclusão de curso, esgotar todos os aspectos referentes à dimensão subjetiva da PNH, mas ao contrário, iniciar uma discussão no que toca a dimensão subjetiva da realidade social e modo como ela pode ser identificada nas políticas sociais. Posto isso, muitos outros caminhos metodológicos, bem como reflexivos, ainda poderiam ser desenvolvidos em oportunidades futuras.

Poderia ainda , dedicar-se uma reflexão quanto à produção do cuidado, como um bem de consumo. Ou ainda, uma pesquisa de campo tendo vista uma apreensão da dimensão subjetiva sobre a concepção de usuário do sistema de saúde público, tendo em vista estabelecer paralelos com a noção de cliente da lógica privatista, e tantos outros recortes e possibilidades.

Assim sendo, consideramos que o presente trabalho contribui ao trazer a explicitação da dimensão subjetiva da PNH, como mais um recurso e referencial para a apoiar e orientar as reivindicações em relação à formulação das políticas de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ARCHANJO, Juliana Valadão Leite. *Política Nacional de Humanização : reafirmando os princípios do SUS*. 2010. 110 p. Dissertação (Mestrado em

Psicologia Institucional na área da Saúde) - Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

- BAPTISTA, T. W. F. *Políticas de Saúde no Pós-Constituinte: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil*, 2003. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- BAPTISTA TWF. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Matta GC, Pontes ALM. *Políticas de Saúde: operacionalização do sistema de único de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 29-70.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, mar./ago. 2005.
- BRAMBILLA, Beatriz Borges. Um nó escamoteado: a dimensão subjetiva da desigualdade social e seus desdobramentos na política de assistência social. 2019. 156 f. Tese (Doutorado em Psicologia: Psicologia Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *ABC do SUS - Doutrinas e Princípios*. Brasília/DF, 1990.
- BRASIL, Constituição (1998). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2011.
- BRAVO, R. S. Técnicas de investigação social: Teoria e ejercicios. 7 ed. Ver. Madrid: Paraninfo, 1991.
- BOCK, Ana Mercês Bahia. A psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia. In: Ana M. B. Bock, Maria Graça M. Gonçalves Odair Furtado (orgs). *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em*

*Psicologia*. 3°. São Paulo: Cortez, 2007. p. 15-35.

- CAMPOS, Edval Bernardino. Dignidade Humana. In: ROSA M. C. Fernandes; HELLMANN, Aline (organizadoras). Dicionário crítico: política de assistência social no Brasil. – Porto Alegre : Ed. UFRGS, 2016. 320 p. 82-87.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. Mimeo, 2003. [página na Internet]. [acessado 2018 mai 22]. Disponível em: [http://www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/cat\\_view/6-artigos](http://www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/cat_view/6-artigos)
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al . A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Réplica: O SUS, todavia, existe!. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1721-1722, Junho de 2018.
- CARDOSO, F. M.; CAMPOS, G. W. S. Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) – Bahia. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 219-232, abr./jun. 2013
- CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan./fev. 2005.
- CONCEIÇÃO, T. S. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. SER Social, v. 11, n. 25, p. 194-220, 23 maio 2010.
- DESLANDES, Suely Ferreira. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 9, n. 17, p. 401-403.
- DESLANDES, Suely F .. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, pág. 7-14, 2004.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005.
- FURTADO, Odair.; BRAMBILLA, Beatriz B.; ROSA, Elisa Z.; Da Psicologia Social Comunitária A Psicologia Nas Políticas Públicas: Contribuições De Silvia Lane. In: SAWAIA, BADER B.; PURIN, GLÁUCIA TAÍS. (Org.). *Silvia Lane: Uma Obra Em Movimento*. 1ed.São Paulo: EDUC, 2018, v. 1, p. 227-247.
- GONÇALVES, M. Graça M. Fundamentos metodológicos da Psicologia Sócio-histórica. In: Ana M. B. Bock, Maria Graça M. Gonçalves, Odair

Furtado (orgs). *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia*. São Paulo: Cortez, 2001. p. 113-128.

- GONÇALVES, M. Graça M. A contribuição da Psicologia Sócio histórica para a elaboração das políticas públicas. In: Ana M. B. Bock. *Psicologia e Compromisso Social*. São Paulo: Cortez, 2003. p. 277-294.
- GONÇALVES, M. Graça M. O campo social das políticas públicas e sua dimensão subjetiva. In: GONÇALVES, M. Graça M. *Psicologia, Subjetividade E Políticas Públicas*. São Paulo: Cortez, 2010. p. 31- 76.
- GONÇALVES, M. Graça M., BOCK, A. M. B. A importância da ruptura epistemológica - nosso caminho com Silvia Lane. In: SAWAIA, BADER B.; PURIN, GLÁUCIA TAÍS. (Org.). *Silvia Lane: Uma Obra Em Movimento*. 1ed.São Paulo: EDUC, 2018, v. 1, p. 135-158.
- GONÇALVES, M. Graça M.; BRAMBILLA, Beatriz B. Dimensão subjetiva e políticas públicas - de como a garantia de direitos requer a consideração da subjetividade. In: BOCK, Ana M.B.; GONÇALVES, M. Graça M.; ROSA, Elisa Z. (orgs) - *Dimensão subjetiva - uma aposta para leitura crítica na psicologia*. São Paulo: Cortez, 2020, p. 263-283.
- GONÇALVES, M. Graça M.; FURTADO, Odair. A perspectiva sócio histórica: uma possibilidade crítica para a psicologia e para a educação. In: AGUIAR, Wanda M. J; BOCK, Ana M.B.; - *A dimensão subjetiva do processo educacional - uma leitura sócio histórica*. São Paulo: Cortez, 2016, p. 27- 42.
- LIMA, N. T.; FONSECA, C. & HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva. In: LIMA, N. T. (Org.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- MARX, K. - Teses contra Feuerbach. Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos. Coleção Os Pensadores. Seleção de textos de José Arthur Giannotti. São Paulo: Abril Cultural, 1978, p.55-56.
- MÉLLO, R.P.; Silva, A.A.; Lima, M.L.C.; Di Paolo, A.F. “Construcionismo, Práticas Discursivas e possibilidades de pesquisa...” *Psicologia & Sociedade*; 19 (3): 26-32, 2007.
- MENDES, Áquilas. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. Centro de Estudos Estratégicos FIOCRUZ. 2017.
- MERHY, Emerson. Desafios De Desaprendizagens No Trabalho Em Saúde: Em Busca De Anômalos. In: LOBOSQUE. Ana Marta. *Caderno Saúde Mental 3 - Saúde Mental: Os desafios da formação*. 2010. p 23-37.

- MERHY, Emerson E.; FRANCO, Túlio B. O trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p 278 -284.
- MINAYO, Maria C. de S. Sobre o humanismo e a humanização. In: DESLANDES, S. F.. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 23-30.
- PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, [online] 9 Maio, 2011.
- PASCHE, D.F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*, v.20, n.6, p. 416-22, 2006.
- PASCHE, Dário Frederico. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, supl. 1, p. 701-708, 2009 .
- PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 11, p. 4541-4548, Nov. 2011 .
- PASSOS, Eduardo. Psicologia, Produção de saúde e produção de subjetividade: compromisso com as políticas públicas de saúde. *Boletim Interfaces da Psicologia UFRRJ*,v.2, n°2,dezembro de 2009.
- PEDUZZI, Marina.; SCHRAIBER, Lília Blima. Processo de trabalho em saúde. In: In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p 320-328.
- POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. 2006. Disponível em: . Acesso em: 22 jul. 2012.
- REIS, Alberto Olavo Advincula; MARAZINA, Isabel Victoria; GALLO, Paulo Rogério. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde soc.** , São Paulo, v. 13, n. 3, pág. 36-43, dezembro de 2004
- REIS, Fernanda. O que é humanização?. In: REIS, Fernanda. *Humanização na saúde*. Rio de Janeiro: DOC, 2013. 1ed. Disponível em: [https://books.google.com.br/books/about/HUMANIZA%C3%87%C3%83O\\_NA\\_SA%C3%9ADE.html?id=QXjgDQAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp\\_read\\_button&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books/about/HUMANIZA%C3%87%C3%83O_NA_SA%C3%9ADE.html?id=QXjgDQAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- RIOS, Izabel Cristina. Humanização: A essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. In: Rios, Izabel Cristina. *Caminhos da humanização na saúde : prática e reflexão*. São Paulo: Áurea Editora, 2009. p. 07-27.

- ROSA, Elisa Zaneratto. Por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial: o papel estratégico da Atenção Básica para um projeto de transformação social. 2016. 380 p. Tese (Doutorado) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2016.
- VASCONCELOS, CM, PASCHE, DF. Sistema Único de Saúde. In: Campos, GWS. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2008, cap.16, p. 531-562.