

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

VANUSA FLORIANI LOPES

**AS AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL EM RELAÇÃO À
POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM HOSPITAIS**

FLORIANÓPOLIS

2016

VANUSA FLORIANI LOPES

**AS AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL EM RELAÇÃO À
POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM HOSPITAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Professora orientadora: Dr.^a Tânia Regina Krüger

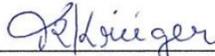
FLORIANÓPOLIS

2016

VANUSA FLORIANI LOPES

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social, de acordo com as normas do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dra. Tânia Regina Krüger
Departamento de Serviço Social – UFSC
Presidente



Prof. Dr. Hélder Boska de Moraes Sarmiento
Departamento de Serviço Social – UFSC
1º Examinador



Prof. Dra. Marisa Camargo
Departamento de Serviço Social – UFSC
2º Examinador

FLORIANÓPOLIS 2016

Dedico este trabalho aos trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde: eles enfrentam grandes dificuldades no dia a dia, mas permanecem convictos na luta pela efetivação de uma Política Pública de qualidade.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pelo dom da sabedoria.

Agradeço à minha Mãe Roseli, um exemplo de mulher, lutadora, que se doa exageradamente ao próximo. A minha avó Ivoni, pelo amor, carinho e atenção que sempre teve comigo. A minha linda irmã Vania, minha outra metade neste mundo, como disse Lispector, você é *indescritível!* Dedico esta conquista a vocês, que não mediram esforços para que eu chegasse até aqui. Mãe, Vó e Vania, obrigada por tudo! Não existem palavras que possam descrever tamanha gratidão.

Agradeço a minha colega de casa Leticia, compartilhamos sonhos, angústias, desesperos, alegrias, amores. Sem você os meus dias não teriam sentido.

À Daura, doçura de pessoa, obrigada pelos cafés, conversas, blusinhas e vestidos (com marca exclusiva rsrs) e especialmente por sua prontidão em auxiliar no que for preciso durante estes anos de graduação.

À Universidade Federal de Santa Catarina, por ter tido a oportunidade de concluir um curso tão essencial em um país marcado historicamente pela luta por efetivação dos direitos humanos e sociais. Infelizmente a oportunidade do ensino público para todos os brasileiros ainda parece estar longe de ser alcançada. Agradeço a todos os momentos vivenciados neste território, particularmente para além da sala de aula: manifestações, almoços e jantas no R.U, bolsas, feirinha de Quarta-Feira, Projetos de pesquisa e extensão, concha acústica, semanas acadêmicas, debates, estágios, ERESS, ENESS e várias outras atividades que no momento não me recordo.

Agradeço por ter participado de experiências desafiadoras no Núcleo de Estudos em Democracia, Associativismo e Saúde – NEDAS, e no Projeto de Pesquisa *EpiFloripa*. A toda a equipe do Epi e do NEDAS, o meu *muito obrigada*, agradeço especialmente ao Douglas por ter confiado e dado a oportunidade de fazer parte de ambos os Projetos.

Sou grata a Secretaria de Estado de Assistência Social, Trabalho e Habitação por ter aberto as portas para que eu pudesse realizar dois semestres de estágio não obrigatório, onde tive a oportunidade de estar mais próxima e desenvolver a prática profissional. Agradeço pelo aprendizado alcançado através das observações e ações realizadas, e a minha Supervisora de Campo Ana Paula, que por sua perspicácia e competência me proporcionou referências sólidas sobre o fazer profissional.

Claro que não poderia deixar de agradecer a *família* Instituto Guga Kuerten (local onde realizei 3 semestres de estágio), a todos os profissionais da minha e equipe interdisciplinar (Gabi, Liliana, Letícia e Renato) com eles aprendi o que é trabalhar interdisciplinarmente. A Graci, minha amiga e Supervisora de Campo, por confiar em mim à atribuição de estagiária e compartilhar comigo toda experiência e sabedoria adquirida.

Agradeço à minha professora orientadora, Dra. Tânia Regina Krüger, pela paciência, dedicação e incentivo para conclusão desta monografia. Com toda a certeza, posso dizer que minha formação, inclusive pessoal, não teria sido a mesma sem a sua pessoa. Agradeço também aos demais professores que me acompanharam durante a graduação. Eles foram essenciais para minha formação acadêmica. Iluminando meus pensamentos de maneira especial, sempre me incentivaram na busca por mais conhecimento.

Deixo aqui registrado um agradecimento especial aos professores Helder e Marisa, examinadores da banca, as quais aceitaram carinhosamente participar do processo de avaliação deste trabalho. Obrigada pelas contribuições.

Enfim, a todos os demais que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação, o
meu muito obrigada!



“Somente as almas apaixonadas por um ideal deixam pegadas, as demais escrevem na água” Autor Desconhecido

LOPES, Vanusa Floriani. **As ações do Serviço Social em relação à Política Nacional de Humanização em Hospitais.** Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

RESUMO

O propósito desta pesquisa foi conhecer as ações e do Serviço Social em relação à Política Nacional de Humanização nas instituições hospitalares da Grande Florianópolis. Compreender a humanização na saúde como política pública exige uma revisão de literatura a respeito dos determinantes e impasses do processo de implementação do SUS desde a Constituição Federal até os atuais governos do Partido dos Trabalhadores. O tema humanização não é algo recente, tendo percorrido uma longa trajetória até se constituir como uma política dentro do SUS, conquistando seu espaço nos debates acadêmicos e entre usuários, trabalhadores e gestores, os quais vislumbram na humanização subsídios para redimensionar os atendimentos do SUS. Para melhor situarmos a temática proposta, fizemos um recorte, buscamos mostrar como foi a emergência da política, logo após, trouxemos a bibliografia do Serviço Social na saúde, e em seguida, através da pesquisa empírica realizada com Assistentes Sociais de cinco hospitais da Grande Florianópolis, procuramos identificar no seu exercício profissional a relação/aproximação do Serviço Social com Política Nacional de Humanização.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Política Nacional de Humanização, Serviço Social.

ABSTRACT

The purpose of this research is to know the actions and Social Services regarding the National Humanization Policy in hospitals of Florianópolis. Understanding the humanization in health and public policy requires a review of literature on the determinants and dilemmas of SUS implementation process since the Federal Constitution to the present governments Workers Party. The theme of humanization is not a recent phenomenon, having traveled a long path to be constituted as a policy within the SUS, conquering its space in academic debates and between users, workers and managers, who envision the humanization subsidies to resize the SUS care. To better situate the proposed theme, we did a clipping seek to show how was the emergence of politics. Soon after we brought the literature of social work in health. Then, through empirical research with social workers from five hospitals in Florianópolis, we sought to identify in their professional practice the relationship Social Service versus National Humanization Policy.

Keywords: Health System , National Policy of Humanization , Social Services

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

GTH	Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar
HIJG	Hospital Infantil Joana de Gusmão
HU	Hospital Universitário
ICSC	Instituto de Cardiologia de Santa Catarina
HNR	Hospital Nereu Ramos
HRSJHMG	Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes
HEMOSC	Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina
SES	Secretaria de Estado da Saúde
MS	Ministério da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
LOS	Lei Orgânica da Saúde
CF	Constituição Federal
OSs	Organizações Sociais
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
FHC	Fernando Henrique Cardoso
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. O SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	16
1.1 A emergência do conceito de humanização	16
1.2 A emergência do tema humanização no SUS	19
1.3 PNH no contexto dos governos do PT.....	25
1.4 Problematizando o conceito e a Política de Humanização	31
2. ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	40
2.1 O Serviço Social na saúde	40
2.2 A PNH no Serviço Social dos Hospitais	45
2.2.1 Procedimentos metodológicos	45
2.2.2 O Perfil das profissionais entrevistadas	49
2.2.3 Humanização e Grupos de Trabalho de Humanização.....	51
2.2.4 A participação do Serviço Social nos GTH's.....	54
2.2.5 A PNH e a sua relação com os fundamentos do SUS e o Projeto Ético Político do Serviço Social.....	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
APÊNDICES E ANEXOS.....	69

INTRODUÇÃO

Compreender a humanização na saúde exige uma análise em relação as determinações que fizeram com que o SUS se constituísse nos moldes atuais. A criação do Sistema Único de Saúde é resultado da Reforma Sanitária, que iniciou nos anos de 1970 e foi consagrado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). Este processo garantiu que o Sistema Único de Saúde, como direito de todos e dever do Estado, fosse incorporado na Constituição Federal Brasileira de 1988. Deste modo, a CF traz elementos essenciais sobre o processo democrático que encerrou a ditadura militar no país e deu início a um novo conceito de direitos para a população brasileira. A saúde foi instituída neste documento através do artigo 194º, que dispõe que a Seguridade Social é um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (Brasil, 1988). A seção, saúde, deste documento, mais especificamente os artigos 196º à 200º, apresentam os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir daí, a saúde passa a ser reconhecida como direito fundamental de todo ser humano e dever do Estado. Logo após a CF, em setembro de 1990, foi promulgado a lei 8.080/1990 Lei Orgânica de Saúde (LOS) que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Três meses depois deste mesmo ano, surge, como resposta aos vetos no texto da Lei 8080/1990, a lei 8.142/1990 que dispõe sobre a participação da comunidade e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. O conjunto destas duas leis orgânicas regulamentam os cinco artigos (196º à 200º) da Constituição Federal, dando assim início ao SUS como um todo. Para a efetiva implementação do SUS, a lei 8.080/1990, no artigo 3º aponta que saúde não se reduz à simples ausência de doença, mas a uma vida com: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. A partir disso são formulados os princípios da universalidade, integralidade de assistência, autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, igualdade da assistência à saúde, direito à informação, divulgação de informações, utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, integração em nível executivo das ações de saúde, conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos, capacidade de resolução dos serviços e organização dos serviços públicos.

Mesmo que a regulamentação do SUS tenha constituído enquanto marco jurídico da Seguridade Social, a política 25 anos depois ainda enfrenta sérios obstáculos para sua efetivação. Atualmente a área da saúde depara-se em um contexto socioeconômico marcado pela reestruturação do capitalismo, isso ocasiona uma vasta diminuição de investimento, bem como a redução das responsabilidades assumidas pelo Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

Diante disso, a saúde vem se transformando em um objeto privilegiado para desenvolver a mercantilização dos serviços através das Organizações Sociais (OSs), das Fundações Públicas de Direito Privado e, mais recentemente, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), causando assim situações complicadas no SUS. Estas gestões sob o direito privado prometem resolver problemas como as longas filas de espera no SUS, a falta de recursos humanos, a ausência de concursos públicos, o baixo salário, pois dizem ser causadas pela ineficiente gestão pública regida pelo direito público.

Para o enfrentamento de alguns desses conflitos, uma das estratégias que o Ministério da Saúde criou, foi tentar incluir a humanização na saúde. Em 2000 surge o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) que propõe mudar o padrão de assistência aos usuários nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços. (BRASIL, 2001). Em 2003 no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, foi elaborado a Política Nacional de Humanização (PNH), com o propósito de “valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2012, P.8), visando efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde.

Levando em conta todo este contexto de disputas teóricas, ideológicas, econômicas e políticas que se assentam neste espaço de discussão da saúde, o Assistente Social, como trabalhador inserido no Sistema Único de Saúde, é chamado, juntamente com outras categoriais profissionais a estar presente na discussão desta política. De modo que o profissional possa “debater o significado da humanização com a equipe, a fim de, evitar visões distorcidas que levem a uma percepção romântica e/ou residual da política (CFESS, 2009).

Para melhor situar a temática, fizemos um recorte da humanização a partir de entrevistas com Assistentes Sociais de cinco Hospitais da Grande Florianópolis, sendo eles: Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJHMG); Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC); Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG); Hospital Nereu Ramos (RNR) e Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU).

O interesse pelo tema pesquisado está vinculado à observação e vivência de ver um SUS longe de ser efetivado seus princípios. Ao me envolver com a área da saúde, através de projetos desenvolvidos no Centro de Ciências de Saúde¹ e também no Colegiado Estadual de Humanização/SC², pude me aproximar e também refletir sobre modelo de atenção à saúde, as relações e condições de trabalho dos profissionais da área da saúde, a precarização para o acesso aos serviços básicos de saúde, etc.

Nesse contexto, a pesquisa teve como objetivo geral analisar as ações do Serviço Social em relação à Política Nacional de Humanização. Os objetivos específicos foram: Conhecer a Política Nacional de Humanização no contexto histórico da implementação do Sistema Único de Saúde; Identificar no exercício profissional do Assistente Social nos hospitais as ações que se relacionam com a Política Nacional de Humanização para que assim este relatório de pesquisa pudesse ser apresentado como trabalho de conclusão de curso.

O projeto da referida pesquisa foi submetido à análise na Plataforma Brasil e direcionado ao Comitê de Ética em Pesquisas - CEP - com Seres Humanos da UFSC, recebendo parecer favorável à sua realização, sob o número de parecer 1.286.102, homologado no dia 19 de outubro de 2015 (vide anexo 1).

O caminho metodológico percorrido foi o da pesquisa qualitativa sendo que a primeira fase foi a elaboração do projeto de pesquisa, afim de submeter ao CEP, a segunda fase demandou uma revisão bibliográfica sobre a política de saúde no Brasil e a história da humanização no SUS. E por fim foi realizada a pesquisa de campo com 06 entrevistas presenciais, seguindo um roteiro semiestruturado, com as Assistentes Sociais das Instituições Hospitalares citadas acima. As entrevistas foram realizadas com o consentimento da instituição, a partir de declaração do Diretor Geral autorizando sua execução. Posteriormente, realizou-se o contato com o Setor de Serviço Social de cada Instituição e logo após com cada profissional para o agendamento da entrevista. A escolha das participantes ocorreu de forma aleatória, com base na disponibilidade das profissionais. Todas as profissionais requisitadas foram solícitas quanto ao convite para participar da pesquisa. Na ocasião da entrevista, todas

¹ A experiência de participação no Núcleo de Estudos e Extensão em Democracia, Associativismo e Saúde (NEDAS) contribuiu e ainda contribui, no sentido de intensificar o entendimento do conceito de saúde ampliado uma vez que envolve dimensões individuais, políticas, econômicas e sociais. E por último, com a participação no EpiFloripa (estudo epidemiológico que analisa as condições de vida da população de Florianópolis) pude clarear a necessidade que cada participante sente em agradecer pelos serviços prestados a ele no SUS, que é direito de cada um e não um *favor* do SUS cumprir. Todas estas experiências vivenciadas nestes campos me instigaram a refletir sobre o tema.

² A participação no Colegiado Gestor de Humanização e de eventos estaduais oferecidos pelo mesmo foi de extrema importância para a decisão do tema. Pois foi no decorrer dos encontros que me instigou a pesquisar se a PNH é, ou não, uma política efetiva ou simplesmente uma política que reforça os princípios do SUS.

foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e convidadas a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE - vide apêndice 1), bem como a autorização para a gravação da entrevista. Visto que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados, a participação das profissionais do estudo teve riscos mínimos, pois pressupomos que eventualmente, mesmo a que profissional tenha o conhecimento dos objetivos da pesquisa, ela pode sentir algum desconforto com as perguntas e as reflexões que delas decorrem.

Os benefícios aos participantes foram indiretos ao se considerar a dimensão intelectual, a científica, e a teórica da Política de Humanização do SUS. No entanto podemos citar alguns dos benefícios: aproximação com Política Nacional de Humanização no contexto histórico da implementação do Sistema Único de Saúde; contribuição para discussão crítica referente à PNH e do SUS; colaboração para a produção do conhecimento sobre o exercício profissional do Assistente Social, particularmente na área da saúde e ações que se vinculam a PNH.

Os dados da pesquisa foram identificados por letras seguidas de números atribuídos aleatoriamente, de modo a assegurar a confidencialidade, a privacidade, a preservação da identidade e a não estigmatização dos participantes da pesquisa.

Para a elaboração do relatório de pesquisa as entrevistas foram transcritas, para então serem analisadas as questões abordadas na mesma. Afim de, subsidiar as reflexões dos resultados da pesquisa empírica, foram retomados os fundamentos do SUS (conceito ampliado de saúde, objetivos, princípios e competência), referenciais teóricos pertinentes a Política Nacional de Humanização e fundamentos do Serviço Social.

Este trabalho está estruturado em duas seções. A primeira etapa é destinada a conhecer a PNH no SUS, resgatando os referenciais teóricos. O capítulo: *O SUS e a Política Nacional de Humanização*, além de trazer a emergência do conceito de humanização junto a conjuntura de implementação do SUS, problematiza este conceito dando ênfase na Política Nacional de Humanização. A segunda etapa diz respeito ao segundo capítulo, tem como título: *A atuação do profissional de Serviço Social na Política Nacional de Humanização*, e primeiramente, faz menção a trajetória histórica dessa profissão na Saúde e logo após traz os *resultados da pesquisa empírica*, na qual busca apresentar quais as ações que o Serviço Social desenvolve nas Instituições Hospitalares, com relação à Política Nacional de Humanização.

1. O SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

1.1. A emergência do conceito de humanização

Esta pesquisa levantou informações que o debate da humanização na saúde tem uma origem a partir de algumas políticas e experiências relativamente isoladas. Destacam-se neste item as referências que vem dos Projetos de Educação Popular dos anos 1950/1960, do Movimento Feminista e da Luta Antimanicomial.

O Movimento a favor da humanização começa a se desenhar na década de 1950, por meio do Movimento Feminista³, que apresenta entre suas bandeiras, a humanização do atendimento, ao questionar os valores instrumentais e masculinos da sociedade industrial, criticar a medicalização do parto e a transformação do nascimento em modelo biomédico que “trata o parto como um evento patológico e arriscado, que utiliza tecnologia agressiva, invasiva e potencialmente perigosa” (DINIZ e CHACHAN, 2002).

Mesmo que as ações de humanização tenham iniciado na década de 1950, Diniz (2005) diz que na assistência ao parto, o termo humanização, já é utilizado desde o início do século XX, em várias partes do mundo, principalmente nos países capitalistas centrais, após Fernando Magalhães *pai da obstetrícia*, ter disseminado a defesa da utilização de *narcóticos e fórceps*, a fim de aliviar as dores das mães. A instituição da assistência ao parto significou um marco no processo de implementação da humanização na saúde, pois o modelo anterior da assistência médica, tutelada pela Igreja Católica, descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto. Com o tempo, o uso de drogas para aliviar as dores decorrentes do parto passa a ser usual, durante décadas, pacientes com um poder aquisitivo alto, optavam por esse método. O procedimento humanizado varia, indo desde o parto em que a mulher não tinha qualquer lembrança daquela situação, compreendida como

³ O Feminismo é um Movimento que tem origem no ano de 1848, na convenção dos direitos da mulher em Nova Iorque. Na década de 1960, este Movimento adquire cunho reivindicatório por ocasião das grandes revoluções. As conquistas da Revolução Francesa, que tinha como lema Igualdade, Liberdade e Fraternidade, são reivindicadas pelas feministas porque elas acreditavam que os direitos sociais e políticos adquiridos a partir das revoluções deveriam se estender a elas enquanto cidadãs. Algumas conquistas podem ser registradas como consequência da participação da mulher nesta revolução, um exemplo é o divórcio. (RIUS - <<http://rius.com.br/evolucao>>, data de acesso: 18/11/2015).

medonha, até o uso de anestésias lombar e local, em que a mulher passa a estar consciente, mas sem dores, ficando durante todo o parto em posição horizontal (DINIZ, 2005).

A partir de 1950 este modelo considerado até então “humanizado” começa a ser questionado, tanto por obstetras, Movimento Hippie, como também, e principalmente, pelo Movimento Feminista, que tem um papel muito importante nesse processo.

No Brasil, o movimento pela humanização no parto, ganha força a partir da década de 1970, por meio de experiências isoladas desenvolvidas especialmente por obstetras, enfermeiras e outros profissionais envolvidos ou não na área da saúde. Isso resulta que em 1993 é criada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna)⁴, que atualmente congrega centenas de participantes, entre indivíduos e instituições. A Carta de Campinas, documento fundador da Rehuna, denuncia as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento (DINIZ 2005).

Outro grande colaborador da construção de que posteriormente seria a Política Nacional de Humanização, foi o Movimento de Luta Antimanicomial que inicia um debate a respeito da Saúde Mental no Brasil. Esse movimento ganha expressão em 1970, a partir da grande mobilização de setores da sociedade civil organizada, particularmente de trabalhadores e estudiosos da área, em um momento de luta pela redemocratização do país, a partir da discussão acerca das características da assistência psiquiátrica oferecida nos manicômios às pessoas com transtorno mental no Brasil. Esse movimento pressupunha, entre outras coisas, a extinção de castigos corporais, mentais, psicológicos, considerados tratamentos, bem como do uso abusivo de medicamentos (CONCEIÇÃO, 2009).

O Manicômio se configura como uma instituição total, e, desde a sua criação revelou-se como um espaço de violência e arbitrariedade sobre as pessoas que acolhia. A estrutura manicomial se apresenta como desumana e ineficiente por seus resultados desastrosos, constituindo-se um lugar de sofrimento e dor, onde os pacientes, sem direito à defesa, são submetidos a maus tratos, privação de sua liberdade, de seu direito à cidadania e à participação social. Sendo assim, o Movimento passa a questionar a lógica do manicômio e do

⁴ Rehuna é uma organização da sociedade civil que atua em forma de rede de associados em todo o Brasil. O objetivo principal é a divulgação da assistência e cuidados perinatais em base em evidências científicas. Esse movimento apoia promove e reivindica a prática do atendimento humanizado ao parto/ nascimento em todas as suas etapas a partir do protagonismo da mulher da unidade mãe-bebê, e da medicina baseada em evidências científicas. Essa missão vem sendo buscada na prática diária de pessoas, profissionais, grupos e entidades filiadas à rede e preocupados com a melhoria da qualidade de vida, o bem estar e o bem nascer. (REHUNA - <<http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>>, data de acesso: 18/11/2015).

uso do eletrochoque, reivindicando melhores condições de assistência à população e humanização dos serviços.

Nas demais áreas da saúde, a temática da humanização também perpassou, sendo, no entanto, a área hospitalar o lócus principal. Casate e Corrêa (2005) apontam que essa discussão inicia-se de forma residual nas décadas de 1950 a 1970, quando as referências giravam em torno do confronto tecnologia x humanização, enxergando-se na humanização uma possibilidade de resgatar “valores caritativos/religiosos”. Compreende-se que o resgate do cuidado não é rejeição aos aspectos técnicos, nem aos aspectos científicos. Ambos devem articular-se de modo a proporcionar um projeto terapêutico ampliado aos usuários, sem que a técnica predomine, deixando o atendimento mecanizado, tampouco apenas articulado com base nos sentimentos, perdendo a objetividade do cuidado. Neste mesmo texto, Casate e Corrêa (2005) ainda trazem que:

[...] a humanização é enfocada, predominantemente, de modo circunscrito às relações interpessoais estabelecidas com o doente, bem como às questões administrativas de dada instituição (predominantemente hospitalar), mostrando-se desarticulada das dimensões político-sociais do sistema de saúde (CASATE; CORREA, 2005, p. 109).

Cabe ressaltar que neste período, o modelo de assistência à saúde no país era centrado no atendimento curativo, especializado, individual, tendo como principal espaço para as ações de saúde o hospital, sobretudo os vinculados à Previdência Social.

A partir do Movimento da Reforma Sanitária, nos anos 1980, começa a se delinear um novo projeto de saúde que passa a reivindicar como direito de todo cidadão a ser garantido pelo Estado, envolvendo princípios como a universalidade, a integralidade, a descentralização e a participação da comunidade. Além de ter provocado um amplo debate em torno do conceito de que saúde não é apenas ausência de doença (modelo biomédico), construiu um conceito mais abrangente sobre saúde (conceito ampliado de saúde), trazendo em cena as determinações sociais da saúde, dando assim, início a uma profunda revisão do conceito de saúde.

Compreendemos, com estas poucas referências que se conseguiu identificar, que a emergência da humanização surgiu de forma residual em Movimentos Sociais (o feminista, o antimanicomial) e nos serviços hospitalares. No entanto sua pauta parece ter sido combater o uso abusivo e invasivo da tecnologia nos serviços de saúde. O Movimento da Reforma Sanitária não pautou o tema da humanização, como emergiu nos Movimentos e serviços mencionados, e nem como aparecerá na PNH, como veremos adiante. Acreditamos que os fundamentos do SUS, decorrentes do Movimento da Reforma Sanitária através do conceito

ampliado de saúde, dos princípios e competências do SUS e das determinações da saúde e da doença, são necessárias para uma humanização concreta e efetiva dos serviços de saúde e não uma humanização abstrata.

1.2 A emergência do tema humanização no SUS

Logo após a Constituição Federal, os anos 1990 no Brasil foi marcado por um clima de perplexibilidade e de aflição, no que diz respeito à implementação de políticas sociais. Os governos Collor (1990-1992), Itamar Franco (1992-1995) e Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), caracterizaram-se por exercer uma gestão sob orientação neoliberal, na qual o Estado passa a desresponsabilizar pelo seu papel, e conseqüentemente, aumentar as iniciativas privadas e organizações não governamentais (ONGs). Também neste momento tem-se início à contrarreforma do Estado (BEHRING, 2003): um conjunto de medidas neoliberais de desmonte e destruição das conquistas democráticas. Trata-se de uma reformatação do Estado de forma a adaptá-lo ao capital. Diante desta conjuntura, ainda na década de 1990, o Projeto de Reforma Sanitária começa a ser questionado, e um outro projeto é construído, tendo como características: o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, a ampliação da privatização e o estímulo ao seguro privado (Bravo, 2009). Neste momento, segundo Bravo, explicita-se a tradicional disputa entre estes dois projetos: Projeto de Reforma Sanitária⁵ e Projeto Privatista⁶.

Em meio a este cenário de intensificação do neoliberalismo e da contrarreforma do Estado no governo de Fernando Collor, o SUS é regulamentado em 1990. Mesmo que o período de criação do SUS tenha sido marcado por grandes desafios, foi neste período que os reformistas puderam contribuir efetivamente na formulação e regulamentação das Leis Orgânicas da Saúde. Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências, e a sua complementar 8.142/90 dispõe sobre a participação da

¹ O Projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 1980, tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de Saúde, articulados ao movimento popular. Tem como preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde (BRAVO, 2009).

² O Projeto Privatista articulado ao mercado ou de reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização (BRAVO, 2009).

comunidade e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros⁷. O conjunto destas duas leis orgânicas regulamentam os cinco artigos (196 a 200) da Constituição Federal, dando início ao SUS como um todo.

O artigo 7º da lei 8.080/1990, dispõe que as ações e serviços que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), devem ser desenvolvidos de acordo com os seguintes princípios: universalidade, integralidade de assistência, autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, igualdade da assistência à saúde, direito à informação, divulgação de informações, utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, integração em nível executivo das ações de saúde, conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos, capacidade de resolução dos serviços e organização dos serviços públicos. No artigo 3º diz que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais, bem como garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. Esse conceito ampliado de saúde vai além dos limites do saber e da prática médica, abrangendo a compreensão do adoecer e do morrer enquanto processos histórico-sociais (e biológicos inerentes à vida humana) numa sociedade dividida em classes. Este conceito ampliado de saúde do SUS é expressão de lutas da Reforma Sanitária, que foi sintetizado por Sérgio Arouca na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986:

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema, político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como a violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo. (AROUCA, 1987, p. 36).

³ A lei 8.142/1990 é complementar, pois a Lei 8.080/1990 teve vários de seus artigos que tratavam da participação da comunidade e do financiamento vetados. Por reação social e parlamentar ampla o presidente Collor homologou então, a lei 8142/1990.

As determinações sociais da saúde e da doença sustentam este conceito ampliado de saúde, portanto o sistema de saúde deve considerar as condições socioeconômicas, políticas e culturais de seus usuários.

Em 1995, Fernando Henrique Cardoso (FHC) assumiu o governo, mantendo e intensificando cada vez mais a implementação do modelo neoliberal atrelado ao Estado mínimo. Na gestão de FHC, o país adotou uma política macroeconômica, excessivamente monetarista, na qual, gerou uma vulnerabilidade social extrema. Com isso, a crise de financiamento do SUS se agrava e as dificuldades para a operacionalização do SUS aumentam.

Durante o processo de implementação do SUS, encontrou-se vários desafios para sua efetivação, pois as condições políticas e econômicas neste momento da história “implicaram um giro conservador para o neoliberalismo e dificultaram em muito a implementação real dos princípios orientadores democráticos das políticas e direitos sociais” (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p. 145). Krüger (2014, p.219), aponta que o SUS, logo passou a ser objeto de desfinanciamento, sucateamento e recentralização:

A partir da regulamentação do SUS (Lei 8.080 e 8.142/1990) a conjuntura instalada propiciou o refluxo nas principais entidades que constituíram o Movimento Sanitário nas décadas anteriores. Esse refluxo tem relação direta com as novas determinações da conjuntura internacional e nacional, a ênfase ideológica do neoliberalismo e as ações sofridas pelos representantes do Estado que não pouparam esforços para desqualificar e neutralizar qualquer movimento contestatório. A implementação do SUS nesta década foi objeto de desfinanciamento, sucateamento e recentralização.

Nos debates da saúde, fim da década de 1990 e início dos anos 2000, a temática humanização é retomada. O tema emerge para dar respostas a inúmeras denúncias de mau atendimento, filas desumanas, falta de leitos, emergências lotadas, entre outros, frequentemente denunciadas pela mídia. Destacam-se, a título de exemplo, duas notícias encontradas no veículo de comunicação: Jornal Digital (G1) do dia 21 de dezembro de 1999 e 02 de agosto de 2000 respectivamente, que trazem denúncias de usuárias do SUS:

Notícia 1 (21/12/1999) - Família de idosa reclama de mau atendimento no hospital de João da Cruz: Indignação! Essa é a palavra que resume o sentimento dos familiares de Maria, falecida no último dia 19. [...] a aposentada passou mal no dia 18 de dezembro e foi levada ao hospital estadual de João da Cruz. Na recepção da emergência a família foi informada que teriam que esperar a disponibilidade do médico para atendê-la, após algumas horas a paciente foi informada que apresentava princípio de pneumonia e, após, fazer inalações, ela recebeu alta e foi orientada a se medicar em casa. Porém, no dia seguinte, o quadro de Maria piorou e a família levou à idosa, mas desta vez levou a aposentada para o hospital municipal de Heliópolis, onde ficou internada e veio a falecer (Jornal Digital G1- <g1.globo.com/mundo/noticia/1999/familia-de-idosa-reclama-de-mau-atendimento>). Acesso em: 22 nov. 2015.

Notícia 2 (02/08/2000) - Doente com câncer é obrigado a recorrer à Justiça para ser atendido em hospital: O aposentado João, 62, que descobriu ter câncer na bexiga em janeiro, obteve semana passada liminar que obriga o Estado a fazer uma cirurgia imediatamente. Até ontem, apesar da decisão judicial a seu favor, João não havia conseguido marcar a cirurgia. João foi internado pela primeira vez em janeiro, no Hospital do Câncer, com fortes dores no abdômen. Fez exames e recebeu os resultados no início de fevereiro, mas foi informado de que deveria esperar na fila para fazer a cirurgia. Em maio, ainda na fila, resolveu procurar outro hospital, onde realizou a cirurgia pelo SUS. O câncer permaneceu, e seu médico o encaminhou novamente para o HC, que teria os equipamentos necessários para a cirurgia com laser. Lá, foi informado que teria de voltar ao fim da fila. (Jornal Digital G1-[g1.globo.com/mundo/noticia/1999/doente com cancer é obrigado a recorrer a justica](http://g1.globo.com/mundo/noticia/1999/doente-com-cancer-e-obrigado-a-recorrer-a-justica)>). Acesso em: 22 nov. 2015.

Notícias como esta, foram e são frequentemente vinculadas pela mídia falada e impressa. As dores, sofrimento e morte divulgados, foram construindo na população um sentimento de medo em relação ao SUS, dificultando seu reconhecimento e legitimação social. Parece que para a mídia o SUS se resume na média e alta complexidade com dificuldades de acesso e resolutividade. Os milhões de procedimentos anuais realizados pelo SUS na atenção básica, na alta complexidade tecnológica, na vigilância a saúde, na saúde mental e na urgência e emergência não tem qualquer visibilidade na mídia⁸.

Por sua vez o executivo das 3 esferas de governo não reage de forma efetiva a esta deslegitimação do Sistema, não evidencia as realizações do SUS e as dificuldades e tensões no âmbito do financiamento e da gestão. E nesta conjuntura de tantos dramas, dores, mortes e sofrimentos por negligência ou dificuldades de acesso, que emerge dentro dos governos temas como a humanização e a qualidade.

No ano de 2000, o Ministério da Saúde apresenta um projeto piloto afim de mais adiante regulamentar o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Neste mesmo ano, o tema também foi incluído na pauta da XI Conferência Nacional de Saúde, intitulada “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde como controle social”. Benevides e Passos (2005) identificam que o tema da humanização conquistou legitimidade a partir desta Conferência.

⁸ Nestes 25 anos de existência, o Sistema Único de Saúde mostra indicadores positivos para as pessoas: aproximadamente 2 milhões de partos por ano são realizados pelo SUS; a expectativa de vida em 1988 era de 69,6 anos, em 2008 aumentou para 72,3; em 1997 foram realizados 3.765 transplantes e em 2001º número aumentou para 24.600; o SUS diminuiu a mortalidade infantil de 53,7 (1990) por mil nascidos vivos, para 19 (2008) por mil nascidos vivos; em 1994 eram apenas 300 equipes de saúde da família, já em 2011 somam-se 22 mil equipes; em 1994 eram apenas 29 mil agentes comunitários de saúde em 2011 aumentou para 240 mil agentes; em 2004 existiu apenas 27 farmácias populares e 2.907 farmácias conveniadas, já em 2011 o número aumentou para 607 farmácias populares e 19.400 farmácias conveniadas. (BRASIL-www.ccms.saude.gov.br/sus20anos/mostra/operacoesdasauade.html>, data de acesso: 23/12/2015).

O documento oficial do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, surge a partir de um diagnóstico de insatisfação dos usuários que diz respeito, sobretudo, aos aspectos de relacionamento com os profissionais de saúde. Essa avaliação ratifica o imaginário social e a opinião pública ao confirmar que, em *número significativo*, não seriam só precários, mas desrespeitosos e mesmo violentos os cuidados dispensados nos serviços públicos de saúde:

Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos. (BRASIL, 2001).

A partir desta avaliação feita pelos usuários, o PNHAH apresenta um *discurso* arraigado em elementos subjetivos, tornando a humanização um *meio* de transformar e fortalecer estas relações. Todavia, aspectos fundamentais de base material para a qualidade no atendimento à saúde passaram a ser tratados como secundários ou não foram mencionados, como a falta de profissionais, de medicamentos, de infraestrutura, etc. O usuário, antes mesmo de identificar a falta desta base material do sistema, percebe a falta de acesso e o mal atendimento prestado, e foi nestes aspectos que a política de humanização foi se estruturando nos anos seguintes.

O PNHAH foi inicialmente um projeto piloto implantado em 10 hospitais de diferentes portes em três regiões do país, por um período de cinco meses, de julho a dezembro de 2000⁹. Coordenado pelo Comitê Técnico de Humanização da Assistência Hospitalar, designado pela Portaria SAS/MS nº 210 de 20/6/2001, o trabalho foi desenvolvido por dois profissionais em cada hospital (multiplicadores), com o acompanhamento e supervisão de mais sete profissionais (supervisores), além dos integrantes do Comitê. Os principais objetivos do projeto-piloto:

a) deflagrar um processo de humanização dos serviços de forma vigorosa e profunda, processo esse destinado a provocar mudanças progressivas, sólidas e permanentes na cultura de atendimento à saúde, em benefício tanto dos usuários-clientes quanto dos profissionais; b) produzir um conhecimento específico acerca destas instituições, sob a ótica da humanização do atendimento, de forma a colher subsídios que favoreçam a disseminação da experiência para os demais hospitais que integram o serviço de saúde pública no Brasil. (BRASIL, 2001).

⁹ Os hospitais escolhidos para o desenvolvimento do projeto-piloto foram: Região Nordeste – Hospital Geral César Cals/CE; Hospital Getúlio Vargas/PE. Região Sudeste – Hospital João XXIII/MG; Hospital Geral do Bonsucesso/RJ; Hospital Dr. Mário Gatti/SP; Hospital Santa Marcelina/SP; Hospital Ipiranga/SP; Hospital Leonor Mendes de Barros/SP; Hospital do Mandaqui/SP. Região Sul - Hospital Nossa Senhora da Conceição/RS. (VIANA, 2004).

Nos objetivos propostos, podemos perceber a dimensão da pretensão do projeto piloto, deflagrar um processo de humanização dos serviços de forma vigorosa e profunda, que provoque mudanças sólidas e permanentes. Aqui não podemos deixar de adiantar uma crítica e nos perguntarmos como fazer isto sem tratar a reorganização da rede, pensando apenas em ações pontuais dentro dos hospitais, sem relacionar esta pretensão como planejamento, gestão e financiamento do Sistema.

A metodologia adotada previa cinco fases que incluía sensibilização, criação do Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar (GTH), elaboração do Plano de Ação, implantação ampla do Programa e avaliação da implantação. E em 2001, o MS publicou as portarias a) Portaria GM/MS nº 881, de 19.06.2001, b) Portaria SAS/MS nº 202, de 19.06.2001, c) Portaria SAS/MS nº 210, de 20.06.2001, que criam o Programa Nacional de Humanização do atendimento Hospitalar – PNHAH.

O PNHAH foi constituída como uma política ministerial, destinada a “promover uma nova cultura de atendimento à saúde”. Seu objetivo principal seria “aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuários, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade” (BRASIL, 2001).

Para viabilizar o processo em curso, o MS, articulado com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, criou o Comitê Técnico de Humanização (CTH), com a finalidade de capacitar e promover apoio técnico ao PNHAH. Foram criados Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar (GTH) em cada instituição participante do Programa, os quais deveriam ser constituídos por lideranças representativas do coletivo de profissionais com a missão de propagar os benefícios da assistência à saúde de forma humanizada, bem como Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar (GMH), os quais seriam responsáveis pelo acompanhamento e avaliação dos resultados obtidos pelo PNHAH nas instituições hospitalares no SUS (BRASIL, 2001).

O documento ministerial ressalta a importância de elementos como recursos humanos, materiais e infraestrutura para o sistema de saúde, no entanto, identifica-se que estas questões parecem secundarizadas. “Na verdade, tem-se o intuito de promover uma humanização, que, como bem informa, consiste num *chamamento aos profissionais de saúde* para trabalharem nesta direção, colocando em grande parte, senão toda, a responsabilidade deste projeto nos ombros dos trabalhadores da saúde, cabendo a estes, traçar estratégias para o atendimento nos serviços de saúde” (CONCEIÇÃO, 2009).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, agrupou em ações de humanização que já haviam sido realizadas, com destaque nas áreas da saúde da mulher e

da criança, trabalhando em frentes como humanização do atendimento; humanização do acolhimento; humanização do parto, entre outras, e quase que exclusivamente em hospitais.

Até aqui foi possível perceber que o termo humanização vai adquirindo vários significados e ampliando seu campo de atuação, abrangendo desde a busca pelo direito das mulheres a um parto mais seguro e acolhedor até a atenção hospitalar, como exemplo, a instituição do PNHAH que uniu essas ações isoladas, de modo a reuni-las, mas que na maioria das ações, continuou a imprimir o mesmo direcionamento.

1.3 - PNH no contexto dos Governos do PT

A eleição de Lula, significou um marco político na história do país, pois foi a primeira vez em que o povo elegeu “um representante da classe operária brasileira com forte experiência de organização política” (Braz, 2004, p. 49). Sua vitória teve um significado real e simbólico para um país como o Brasil, dotado de enorme conservadorismo e desigualdades. Esta conquista gerou uma expectativa positiva na maioria da população, por ele levantar bandeiras de esquerda desde a sua militância no sindicato. Mesmo que o SUS tenha chegado a este governo sem muitas energias instituintes, a expectativa de ser reforçado com a mudança da correlação de forças esteve imposta tanto na gestão quanto na população brasileira.

Bravo (2004) diz que no início do governo, o Ministério da Saúde sinaliza como um desafio, a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária, entretanto tem-se percebido a manutenção da intensificada disputa entre os projetos de Reforma Sanitária e Privatista, em alguns aspectos o governo procura fortalecer o primeiro projeto e, em outros, o segundo. Bravo também ressalta alguns aspectos positivos do governo na área da saúde, como: a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde em 2003 e da 13ª em 2007, o Pacto pela Saúde¹⁰, o tímido retorno da concepção de Seguridade Social, a participação do ministro nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde, a aprovação e implementação de políticas como a Política Nacional de Humanização 2003, Política de Atenção Básica em 2006; a ênfase na Estratégia de Saúde da Família como serviço

⁴ Tanto o Pacto pela Saúde quanto as Normas Operacionais Básicas e as Normas Operacionais de Assistência a Saúde, possuem a finalidade de complementar a Lei 8.080/1990 e 8.142/1990. O Pacto pela Saúde agrega em um só conjunto o Pacto pela Vida, o Pacto pela SUS e o Pacto de Gestão. O Pacto foi amplamente discutido e traz em seu bojo muito das propostas do projeto de reforma sanitária, sem deixar de expressar também interesses dos demais projetos em confronto, representando em partes as expectativas do primeiro mandato de gestão de Lula em torno a defesa da saúde pública e do SUS (SOARES, 2000, p.343).

estruturante e porta de entrada preferencial do SUS, a escolha de profissionais comprometidos com a Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério da Saúde.

O Governo Lula, propiciou o reconhecimento, da parte de certos autores e militantes, de novas possibilidades na conjuntura:

[...] a retomada das diretrizes da Reforma Sanitária na XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, repôs o debate da saúde no contexto dos direitos da cidadania e da conquista de uma democracia efetiva. (Bahia, 2005, p. 446).

No entanto o largo mandato do governo Lula não se caracterizou apenas por aspectos positivos, evidenciam-se também pontos que foram limitantes, destacando a ênfase na focalização, na privatização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social (Bravo, 2006). No que diz respeito à política nacional de saúde do governo Lula, de acordo com Marques (2005, p.1) um dos principais conflitos:

[...] cristaliza-se na luta por recursos entre diferentes ramos da Seguridade Social e/ou na tentativa recorrente da equipe econômica em reduzir sua despesa ou em alterar a definição do que se entende por ações e serviços de saúde pública. Mesmo depois da aprovação da Emenda Constitucional 29/2000, os objetivos expressos na política econômica do governo Lula obstaculizam sua implementação, colocando recorrentemente em cheque os princípios fundadores, tanto da Seguridade como do SUS.

Em suma, a equipe dirigente do Ministério da Saúde, ainda no governo Lula, embora majoritariamente constituída por integrantes do movimento sanitário e comprometida com a formulação e implementação de políticas voltadas para o fortalecimento do SUS, esteve distante de proposições mais radicais da Reforma Sanitária brasileira. Apesar das mudanças dessa equipe em meados de 2005, houve continuidade nas políticas a exemplo da ampliação do Programa Saúde da Família (PSF), implementação da Reforma Psiquiátrica, instituição do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Política de Saúde Bucal e a elaboração e aprovação do *Pacto pela Saúde*. (PAIM, 2009).

No governo de Dilma Rousseff algumas ações mereceram preocupações, como os cortes orçamentários, restrição de investimentos, medidas de caráter privatista entre outros. O que já estava sendo feito no governo de Lula, nesta atual gestão vem se reproduzindo, a tensão entre o paradigma da Reforma Sanitária e o Privatista segue persistindo neste governo.

Destaca-se que nos últimos anos, tanto no governo de Lula quanto no de Dilma “os compromissos democrático-populares com relação aos direitos sociais se revelaram tensionadas concomitantemente, por três perspectivas: a) proposta liberal do Estado mínimo, o paradigma privatista; b) defesa dos direitos reconhecidos pelos intelectuais tradicionais de peso na academia e no PT, mas implementados de forma flexibilizada, com parcerias e

inovações na gestão; e c) defesa da universalização da saúde como direito fundamentado nos princípios da Reforma Sanitária” (KRÜGER, 2014, p. 222).

Com relação a estes projetos, nos anos 2000 se corporifica um novo projeto que se relaciona umbilicalmente ao projeto privatista o “projeto SUS possível”, defendido pelas antigas lideranças do Movimento de Reforma Sanitária, flexibilizando os princípios políticos emancipatórios que orientam sua racionalidade, em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS. A configuração desse novo projeto relaciona-se à intensificação do transformismo¹¹ de lideranças do movimento dos trabalhadores durante os dois governos do PT. Esta atual perspectiva deu ainda mais abertura para a lógica privada (Soares, 2000). Seguindo a lógica do Estado mínimo neoliberal implantado no Brasil em meio a esta contrarreforma, a saúde vem se transformando em um terreno fértil a mercantilização dos serviços.

Ao analisarmos a política de saúde de 2000 até o presente momento, devemos expor que as alterações do sistema não dão conta das demandas da população, assim como, a preocupação é manter condições favoráveis aos interesses privatistas (empresas privadas, planos privados de saúde etc). Tais mudanças e inovações tecnológicas, postas na saúde visavam ser legitimadas pela eficiência e eficácia, encobrendo as tensões existentes entre o Projeto de Reforma Sanitária vinculado aos interesses do trabalho e o Projeto Privatista que é uma expressão dos interesses do grande capital.

Sobre a humanização da saúde, em 2003, no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, a partir da composição de uma nova equipe para o Ministério da Saúde, o PNHAH sofre alterações. Neste ano, no mês de novembro foi realizada em Brasília a Oficina Nacional HumanizaSUS: Construindo a Política Nacional de Humanização. Esse momento foi marcado pela socialização do trabalho efetuado ao longo do ano pela equipe do Ministério, que procurou acompanhar as políticas, programas e ações que estavam sendo desenvolvidos no âmbito da saúde, além de alterar a condição da *humanização*, ampliando seu alcance e transformando-a de Programa em uma Política, a Política Nacional de Humanização (REIS, 2004).

Especificamente com relação à humanização, observou-se que muitas iniciativas haviam sido realizadas nos anos anteriores, mas que várias dessas ações desenvolviam-se isoladamente e tinham um caráter fragmentário, apesar de suas contribuições para a “sensibilização dos gestores, trabalhadores e usuários sobre as questões relacionadas à

¹¹ Na perspectiva gramsciana, trata-se de um fenômeno político caracterizado pela cooptação de lideranças políticas e culturais das classes subalternas visando excluí-las de todo efetivo protagonismo nos processos de transformação social (COUTINHO, 2010).

humanização do atendimento” (BRASIL, 2004, p. 2). A Política Nacional de Humanização – PNH - almeja contribuir para a “qualificação da atenção e da gestão, ou seja: atenção integral, equânime, com responsabilização e vínculo; para a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social” (BRASIL, 2004, p. 09).

É assim que, na PNH, o conceito de humanização é reelaborado e descrito no Documento base para gestores e trabalhadores do SUS:

Uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (BRASIL, 2012, p. 62).

Como orientações gerais, a PNH busca: a valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social, o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, a construção de redes corporativas, a construção de autonomia e protagonismo, a co-responsabilidade, o fortalecimento do controle social, o compromisso com a democratização das relações de trabalho e a valorização da ambiência. Segundo o documento oficial da PNH, a humanização na saúde é compreendida:

Humanizar a atenção à saúde é valorizar a dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.). É também garantir o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha). É ainda estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva, por meio da gestão participativa, com os trabalhadores e os usuários, garantindo educação permanente aos trabalhadores do SUS de seu município. (BRASIL, 2006).

Como princípios norteadores da PNH destacam-se: 1) Transversalidade enquanto aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos, isto é, a ampliação da grupalidade ou das formas de conexão intra e intergrupos promovendo mudanças nas práticas de saúde¹²; 2) Indissociabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde¹³;

¹² A Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas (BRASIL 2013).

¹³ As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva (BRASIL 2013).

3) Protagonismo e autonomia dos sujeitos coletivos¹⁴. Como estratégia para alcançar estes princípios, a PNH expressa o método da *tríplice inclusão*, por meio dos conceitos de: Acolhimento; Gestão Participativa e co-gestão; Fomento de grupalidade, coletivos e redes; Construção da memória do SUS que dá certo; Clínica Ampliada e Compartilhada; Valorização do Trabalhador; Defesa dos Direitos dos Usuários. E ainda, afim de, potencializar o processo na prática de produção de saúde, a política traz os seguintes dispositivos: Colegiado Gestor; Acolhimento com classificação de risco; Projeto Terapêutico singular e Projeto de Saúde Coletiva; Projeto Memória do SUS que dá certo; Projeto co-geridos de ambiência; Equipe transdisciplinar de referência e de Apoio matricial; Visita aberta e direito à acompanhante; Sistemas de escuta qualificada, Ouvidorias e Grupos Focais; Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); Contrato de Gestão; Câmaras Técnicas de Humanização (CTH); Programas de Qualidade de Vida e Saúde para Trabalhadores da Saúde e Grupos de Trabalho e Humanização (GTH) (BRASIL, 2013).

Particularmente, os GTHs são espaços coletivos organizados, participativos e democráticos, que funcionam à maneira de um órgão colegiado e se destinam a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade e aumento da equidade no cuidado em saúde e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos trabalhadores da saúde. É constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais e demais trabalhadores em cada equipamento de saúde, (nas Secretarias de Estado de Saúde e nas Secretarias Municipais de Saúde) (BRASIL, 2012).

Em 2013, o governo federal realizou um seminário para analisar a trajetória e o papel das diretrizes dos 10 anos de atuação da Política Nacional de Humanização, para isso o Ministério da Saúde convocou gestores, trabalhadores e usuários a fim de debaterem juntos os avanços e desafios desta Política. Dário Pasche (2013) ressalta que:

Um dos grandes conflitos que a PNH enfrentou, neste governo, é o que Teixeira denominou com muita propriedade: ‘Nós passamos por um sacudimento’. Um sacudimento enorme, desterritorializante. A Política de Humanização neste governo foi convocada para dentro do Ministério da Saúde a cooperar com as políticas estratégicas. E aí eu acho que também o tema da institucionalidade volta, porque toda essa construção da institucionalidade como uma participação, como uma construção coletiva do SUS vai virando uma institucionalidade que pode ser acionada pelos governos. E aí muitos governos municipais e estaduais o fizeram, o fazem e o farão, assim como o governo federal o faz neste momento. Convoca então essa construção, esse legado, esse acúmulo da Política de Humanização na figura

¹⁴ Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um (BRASIL 2013).

dos seus componentes que estão ligados formalmente ao Ministério da Saúde para compor essa transversalidade com as outras políticas estratégicas do Ministério e do SUS, uma vez que são pactuadas na comissão tripartite.

Ainda nessa linha de analisar a PNH nestes 10 anos, Beth Mori (2013), apoiadora da Política, traz que:

Muitos me perguntam: qual a minha avaliação da PNH dez anos depois? Titubeio na resposta. Muito aconteceu, muito se criou, muito se fez nesses anos. Como disse, estou fora do País há seis anos e, embora tenha procurado acompanhar os movimentos da política, precisaria mergulhar muito mais no contexto, nas contradições e nos paradoxos que a constituem para falar algo. Ouso, porém, pegar um fio que sempre me pareceu ter sido o condutor/ conector da PNH: seu compromisso em ser uma política pública transversal. Se este ainda é seu compromisso, há desafios que precisam ser enfrentados que deixo aqui como perguntas. Como avançar na sua institucionalidade sem que isto implique numa forte institucionalização? Como radicalizar seu caráter transversal criando mais espaços dialógicos e públicos do que procurando manter-se nas estruturas da máquina do Estado? Como avançar num processo de expansão sustentável contando com as redes tecidas no setor saúde, mas também para além dele? Como fazer do apoio institucional cada vez mais um compromisso com a autonomia dos diferentes grupos e atores, sem que isto signifique uma passagem para os projetos narcisistas e meramente autorais?

Diante de avaliações como estas, entendemos que a PNH ganhou uma institucionalidade, virou política de governo, mas não reduziu as causas (dramas, notícias) que motivaram sua criação. Nem a transversalidade entre os serviços conseguiu como apontam os dois autores. Parece que a PNH acabou encobrendo os princípios do SUS, deixou eles atrás da cortina ao invés de evidenciá-los e reivindicar sua implementação.

Percebe-se que a partir da implementação da PNH como Política, o conceito de humanização foi ampliado, não mais restrito à assistência hospitalar, são vários os indicadores de que os serviços de atenção a saúde da mulher e da criança melhoraram, assim como os serviços no campo da saúde mental. Entretanto, mesmo reconhecendo estas positivas mudanças, a ideia presente na PNH, continua apontando uma supervalorização das subjetividades, com um teor que muitas vezes parece abstrato e idealista da prática na saúde.

Assim, se comparada ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, vê-se que a PNH dá um salto qualitativo ao considerar a situação na qual estão inseridos os trabalhadores, gestores e usuários. Todavia, quando se retrocede ao aspecto conceitual, principalmente a partir do PNHAH, percebe-se uma variedade de matizes, abrangendo desde a ideia de um “bom acolhimento” e caminhando em direção daquilo que se configura como direitos, como, por exemplo, a participação. Muito embora, seja necessário caracterizar este tipo de participação, sua concepção e operacionalização.

A PNH 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. Além disso, a ausência da gestão participativa e a dos processos de controle social comprometem a garantia constitucional do direito à saúde. Entendendo a complexidade desta questão, o documento aponta para a construção de uma “Política de Qualificação do Sistema de Saúde”, afirmando que estes desafios não se esgotam num programa, mas que necessitam de uma política que seja transversal dentro das demais políticas públicas de saúde. Diante destes desafios, entendemos que o documento parece desconhecer o que já está entre as competências do SUS¹⁵, além de que, o próprio Ministério da Saúde tem uma Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde¹⁶.

Por último, por meio de nossa leitura, identificamos que, a PNH emerge de sujeitos que defendem o SUS de maneira maximizada, sem radicalidade democrática, até parece que esquecem ou subestimam a necessidade de sua base material. No próximo item, apresentaremos algumas concepções e reflexões formuladas a partir de documentos oficiais, livros e artigos pesquisados sobre o conceito humanização, mais especificamente a própria Política Nacional de Humanização.

1.4 Problematizando o conceito e a Política de Humanização

Uma política que vise à humanização por meio dos princípios da transversalidade, indissociabilidade e protagonismo, não pode ser compreendida se não for por meio da garantia de direitos, direitos esses já assegurados na Constituição Federal de 1988. No campo da garantia de direitos das políticas públicas de saúde tornou-se comum nos remetermos ao SUS falando de seus objetivos princípios e diretrizes, linhas mestras delineadas na Lei Orgânica da saúde (lei 8.080/1990). A saúde é um direito de todos e dever do Estado, que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Entre seus princípios destaca-se:

¹⁵ O art. 6º da lei 8.080 dispõe que: estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): [...] III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1990).

¹⁶ A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde assumiu a responsabilidade de formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e, qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil (BRASIL - <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/conheca-a-secretaria-sgtes>> data de acesso: 29/12/2015).

I - universalidade de acesso aos serviços; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia; IV - igualdade da assistência à saúde; V - direito à informação; VI - divulgação de informações; VII - utilização da epidemiologia; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, são objetivos primordiais do SUS. Estão incluídas ainda no campo de atuação do SUS: I - a execução de ações de vigilância sanitária¹⁷; vigilância epidemiológica¹⁸; saúde do trabalhador¹⁹; II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar; V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

Outro fundamento do SUS são as determinações sociais da saúde e da doença que podem ser encontradas no Art. 3º da Lei 8.080/1990, na qual dispõe que “os níveis de saúde

¹⁷ § 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

¹⁸ § 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

¹⁹ § 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social”.

Ao compararmos os fundamentos da PNH com os fundamentos do SUS, mais especificamente os princípios de ambos, identificamos que as práticas de humanização em saúde, parece que tiram dos fundamentos do SUS a força de produzir mudanças significativas nos serviços de Saúde na direção da sua implementação. Ao se realizarem como ações com pouca sistematização e institucionalidade não colocam a centralidade no modelo dos processos de trabalho; gestão; planos de cargos, carreira e salários únicos do SUS; planejamento; modelo de atenção; financiamento e determinações sociais da saúde e da doença.

Dito isto, há que se considerar que o documento base para gestores e trabalhadores do SUS reconhece que é necessário “superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, por meio de estratégias de mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade” (BRASIL, 2012). Entendemos que, a saúde não pode ser compreendida como um conjunto de ações desconexas ou fragmentadas, além de que suas demandas complexas e dramáticas não podem ser enfrentadas individualmente, seja por meio dos gestores, dos trabalhadores ou dos usuários.

Para este trabalho, sentimos a necessidade de entender melhor o conceito de humanização e buscar seu sentido histórico e social, pois os conceitos e análises acima nos parecem insuficientes. Por este motivo, iniciamos pelo contexto semântico. O denotativo da *humanização* significa “ato ou efeito de humanizar”, que significa: tornar humano, tornar benévolo, tornar afável, dar a condição de homem, inspirar humanidade, humanizar-se, civilizar e adquirir hábitos sociais. Segundo o Dicionário Aurélio (1993), a expressão *humanização* remete à palavra “humano” e significa “algo próprio do homem, humanitário”.

Segundo Betts (2003), “[...] sem comunicação não há humanização”, baseia-se na capacidade da troca de informação por comunicação (verbal ou não verbal) entre indivíduos. Baraúna (2005), afirma que “a humanização é um processo de construção gradual, realizada através do compartilhamento de conhecimentos e de sentimentos”. Nesse contexto, humanizar é ter uma predisposição para contribuir com o sentimento e o conhecimento com o outro de

forma ética, individualmente e independente, reconhecendo os limites, seus e o dele, compondo uma empatia entre indivíduos, possibilitando troca de informações.

Diante das abordagens citadas, pode-se afirmar que humanização pode ser compreendida como uma construção de conhecimentos e abordagens que emerge do indivíduo para indivíduos, conforme as necessidades individuais do outro. Nesta perspectiva a humanização é analisar a própria evolução humana, enfatizar a ética e o relacionamento interpessoal. De modo a possibilitar a intersecção entre a ética, o respeito, dignidade, individualismo entre indivíduos promove a humanização. Portanto, vale ressaltar que mesmo a sociedade valorizando o poder capitalista para sua sobrevivência, seja em qualquer campo dos negócios públicos ou privados, a questão sempre voltará para a qualidade da coletividade, tendo o ser humano como foco principal e riqueza de uma sociedade.

Fomos buscar apoio para refletir sobre a humanização na literatura Freireana, por entender que as reflexões de Paulo Freire, apesar de breve, nos ajudem a refletir sobre o sentido da PNH no SUS.

Com a intenção de mostrar que nenhum tema é apenas o que se aparece na forma linguística que o expressa, Freire escreveu em seu livro *Ação cultural para a Liberdade* um capítulo denominado *Algumas notas sobre humanização e suas implicações pedagógicas*, neste capítulo o autor diz que temos que nos aproximarmos criticamente ao tema da humanização e apreendê-lo não como um ideal abstrato, mas como um desafio histórico, em uma relação contraditória com a de desumanização que se identifica na realidade objetiva em que estamos. Freire fala que “desumanização e humanização não podem ocorrer a não ser na história mesma dos homens, dentro das estruturas sociais que os homens criam e a que se acham condicionados. A primeira, como expressão concreta de alienação e dominação; a segunda, como projeto utópico das classes dominadas e oprimidas. Ambas implicando, obviamente, na ação dos homens sobre a realidade social – a primeira no sentido de preservação do “status quo”; a segunda, no da radical transformação do mundo opressor” (FREIRE, 1970). Freire ainda relata:

Parece-nos importante enfatizar esta obviedade – a da relação entre desumanização, bem como o fato de que ambos demandam a ação dos homens sobre a realidade, ora para mantê-la, ora para modificá-la, para que evitemos a ilusões idealistas, entre elas a que sonha com a humanização dos homens sem a transformação necessária do mundo em que eles se encontram oprimidos e proibidos de ser. Uma tal ilusão, que satisfaz os interesses de todos quantos têm condições favoráveis de vida, revela facilmente a ideologia que se concretiza em formas assistencialistas de ação em que os proibidos de ser são convidados a esperar com paciência por dias melhores que, mesmo tardando, não faltarão...

A perspectiva retratada sobre desumanização e humanização nos remete a pensar que a desumanização dos indivíduos é resultado de uma construção histórica pelas contradições sociais e, conseqüentemente, da necessidade de transformar essa realidade alienante. Além disso, a contraposição estabelecida por Freire entre Humanização versus Desumanização nos chama a atenção para a necessidade de refletir também sobre o papel da humanização na saúde.

O tema da desumanização-humanização dos serviços e práticas de saúde vem sendo objeto de vários trabalhos e pesquisas por autores do campo da saúde coletiva, sobretudo a partir da década de 1990 (Deslandes, 2006, 2005; Minayo, 2006; Benevides, Passos, 2005; Verdi 2014, entre outros). Dentre as características que podemos perceber em relação às obras e autores que tratam da desumanização no trabalho em saúde, uma que se destaca refere-se à variedade de *compreensões acerca do tema*, sendo que tal diversidade apresenta-se como consequência, em grande parte, das distintas abordagens teórico-metodológicas acerca desses processos. Levando em conta a citação de Freire, entende-se que não há humanização na opressão, assim como não pode haver desumanização na verdadeira libertação. Mas, por outro lado, a libertação não se dá dentro da consciência dos homens, isolada do mundo, senão na práxis dos homens dentro da história que, implicando na relação consciência-mundo, envolve a consciência crítica desta relação.

A *saúde* está fortemente afetada pela posição social dos indivíduos, a lei 8.080/1990 reforça isso em seu artigo 3º, na qual diz que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País [...], e em um País como o Brasil, que a riqueza não está distribuída igualmente, entendemos que há muita opressão e pouca humanização. Com relação à humanização não foi encontrado referência. Ademais, não foi encontrado nos documentos e na literatura que tratam da PNH problematização histórica, filosófica sobre o conceito de humanização, nem referencia a Freire, particularmente.

Como afirmam Nogueira-Martins e Bógus (2004), a promoção e humanização da saúde são processos longos, dinâmicos e relacionados a cada contexto. A resistência às mudanças sejam elas pessoais, sociais e/ou institucionais são, de certa forma, naturais uma vez que, no antigo e conhecido, as pessoas se sentem seguras. É preciso tempo para que as dificuldades possam ser superadas, para que os sujeitos possam olhar a realidade de forma diferente. Para isso há necessidade de um processo reflexivo continuado, que possibilite aos sujeitos perceberem suas ações e a que elas induzem: ao autoritarismo, individualismo, violência e distanciamento do outro, ou à convivência ética, solidariedade, fortalecimento dos

sujeitos e construção de relações positivas, de maneira que sejam incorporadas culturalmente como novas respostas do ser humano.

Apenas o conhecimento sobre a PNH não é suficiente para provocar mudanças. Essa implica numa revisão de valores, conceitos e posturas por parte de todos os sujeitos envolvidos no processo da saúde.

No entanto, quando se lê os documentos oficiais da PNH a ideia que se tem é que apesar de todas as demais questões estruturais, podemos construir um “SUS que queremos”, mesmo sem financiamento adequado, sem condições de infraestrutura, materiais de trabalho (mesmo que estas últimas questões são mencionadas nos documentos da PNH), sem reconhecer as determinações sociais da saúde e doença que existem na sociedade brasileira, e também sem que haja condições efetivas de participação do usuário ou do trabalhador nas decisões. Claro que como na fragmentação no processo de trabalho, a participação social também está presente nos documentos oficiais da PNH, no entanto, a estratégia para atingir tal objetivo é por meio do sistema de escuta qualificada, ouvidorias, e ignorando o papel deliberativo dos Conselhos de Saúde e Conferências nas 3 esferas do governo.

Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são acionados nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão: - Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, etc (BRASIL, 2012).

A este despeito, o discurso que encontra lugar é aquele mistificador da subjetividade, que esconde em si muito mais uma individualização das queixas e dos encaminhamentos do que a identificação coletiva das problemáticas vivenciadas cotidianamente e que tenham como horizonte a luta por direitos já assegurados.

Os princípios da PNH que dizem respeito a esta valorização da “dimensão subjetiva, com integração da co-responsabilização e estímulo aos processos de grupalidade” são reconhecidas como uma importante dimensão para o alcance de práticas comprometidas com a atenção e gestão na saúde. Como forma de alcançar tais princípios, que estão descritos nas diretrizes da política, a ampliação do diálogo entre todos os sujeitos implicados nessa mudança, promovendo assim a gestão participativa, é uma das estratégias. Esse diálogo pode ser construído em grupos de trabalho de humanização – GTHs.

Outra questão, nesse processo de humanização diz respeito aos trabalhadores, estes são considerados pela PNH como os principais responsáveis pelo êxito da política, é colocado apenas a responsabilidade no profissional e por vezes no paciente. Por um lado, isto é importante ao situá-los como sujeitos de direitos, no entanto:

É necessário interrogar se os trabalhadores de saúde estão em condições de garantir um atendimento, um cuidado orientado pela perspectiva política crítica da humanização. Tal preocupação se concretiza no fato de que, quase sempre, tais trabalhadores se encontram inseridos em processos de trabalho muito precários em decorrência de baixos salários, realização de dupla e, até mesmo, tripla jornada, sobrecarga de trabalho devido ao déficit ou insuficiência de pessoal e de recursos materiais em qualidade e quantidade, alta carga de estresse, em função da tensão provocada, seja pelas chefias superiores como pelos próprios usuários, sobre quem está na ponta do sistema (SOUZA; MOREIRA, 2008, p. 333).

Ao nosso entender, este é apenas um dos desafios a serem efetivados, afinal, as péssimas condições de trabalho, a falta de participação de usuários e trabalhadores não são elementos que mudam apenas através da “construção de diferentes espaços de encontro entre sujeitos”, ou por meio da “troca e construção de saberes”, tampouco pela “construção de redes solidárias e interativas participativas e protagonistas do SUS” (BRASIL, 2012, p. 16).

Neste sentido, a PNH acaba contribuindo para que as pessoas não reconheçam o SUS como público e de todos. Com isso a integralidade garantida em um dos princípios do SUS, vem a ser substituída por programas e políticas como esta, que por si próprios são insuficientes para efetivar e mudar o cenário visto até então.

Em uma pesquisa realizada pelo Datafolha em outubro de 2015 afim de avaliar a saúde, revelou que seis em cada dez brasileiros avaliam a saúde no país — incluindo as redes pública e privada — como ruim ou péssima, o mau atendimento é apontado por 36% dos entrevistados como o principal problema nos serviços de saúde do país, seguido da falta de médico (19%). A pesquisa, que foi encomendada pelo Conselho Federal de Medicina, contou com a participação de 2.069 pessoas com mais de 16 anos em todo o país (INSTITUTO DATA FOLHA, CFM, 2015). Levando em conta este resultado, entendemos que a PNH ainda tem muito que avançar para realmente cumprir com sua proposta.

Visto que o número de denúncias feita por médicos, sobre a agressão em consultórios, Unidades Básicas de Saúde e Hospitais vinham aumentando muito, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo realizou um pesquisa para identificar quantidade e as causas dessas agressões. Na edição do dia edição do dia 29 de novembro de 2015, no programa de televisão *Fantástico*, foi exibido uma reportagem com os resultados dessa pesquisa. A pesquisa contou com 617 médicos do estado, e identificou-se que 64% deles já haviam sofrido algum tipo de violência ou conhecem algum colega que também passou por isso, no último ano. Desses entrevistados, 84% relataram que já haviam sofrido agressão verbal, e 80% agressão psicológica e 20%, agressão física. Na pesquisa o Conselho também ouviu pacientes e 2% assumiram que já agrediram médicos neste último ano, os pacientes também reclamaram da postura de alguns médicos, 19% disseram que os médicos não ouvem, não olham na cara e

são mal educados. A Insatisfação com o atendimento está entre as principais causas de conflito. Nesta mesma reportagem Braulio Luna Filho (Presidente do Conselho Regional de Medicina/SP), diz que: “Nós nos distanciamos do ponto de vista humanístico, na abordagem. Imaginar que esse médico às vezes pode estar vindo de um plantão de 12 horas, ele está estressado, cansado, cria-se um cenário para que aumente essa violência”. O resultado desse cenário, é uma série de transtornos nos profissionais da saúde, como mostra numa outra pesquisa feita pela Universidade de São Paulo, o estudo concluiu que 16% estão com depressão moderada ou grave, e 60% estão com esgotamento profissional (CRM/SP, 2015).

Diante de todo este cenário vimos que de fato as causas que levaram a criação do PNHAH e a PNH, em 2000 e 2003, respectivamente, continuam em evidencia. Nota-se, que a humanização como proposta de intervenção nos processos de trabalho e na geração de qualidade da saúde, “[...] coincide com os próprios princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas.” (SANTOS FILHO, 2007, p. 1001).

Assim, assinalamos que, por meio da análise dos documentos da PNH entendemos que se todos os objetivos, princípios e competências do SUS fossem de fato realizados, teríamos uma humanização real do serviço de saúde, sem ter que criar uma política específica como a PNH. Os fundamentos do SUS apontam para uma projeto de saúde publico e coletivo para a sociedade brasileira, implicando mudanças significativas nas formas de gestão, enfrentamento dos interesses clínicos, curativos, da industria médico-hospitalar de medicamentos entre outros, para de fato os serviços serem direito de cidadania. Neste viés é importante ressaltar que a PNH é uma expressão da perspectiva flexibilizadora e transformista, que considera a possibilidade de se flexibilizar, defendendo por vezes a perspectiva de Reforma Sanitária e por outra da perspectiva privatista, como já assinalado no item anterior.

A Política como está sendo pensada e desenvolvida, caracteriza-se mais como uma mudança de postura profissional do que um debate aprofundado sobre os modelos de atenção e gestão, sobre as determinações da saúde. Claro que não podemos deixar de considerar que a PNH trouxe alguns resultados positivos, no entanto deixamos aqui, algumas perguntas para refletir: a PNH com seus doze anos de existência, alcançou o objetivo de “reduzir as filas e o tempo de espera?”, “todos os usuários do SUS sabem quem são os profissionais que cuidam de sua saúde?”.

Em suma, entendemos que se os princípios, as diretrizes, o conceito ampliado de saúde e acima de tudo se e direito à saúde fosse considerado direito de todos e dever do Estado, a

PNH não teria sentido e existência, pois todos os seus objetivos, diretrizes e princípios, seriam efetivados na própria legislação.

2. ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

2.1 O Serviço Social na saúde

O Serviço Social desde seu surgimento tem relação com a saúde, no Brasil o período de 1930 a 1945 foi caracterizado pelo surgimento desta profissão, que tinha no período influência europeia, a saúde fazia parte da formação profissional, no entanto não era a área que concentrava a maior parte dos profissionais.

Ainda neste período de surgimento do Serviço Social, é importante ressaltar que o trabalho realizado pelo Serviço Social, era caritativo e assistencialista, sendo o exercício da profissão voltado aos cuidados aos doentes e pobres, se caracterizando assim como um trabalho curativo.

Até 1960 o Serviço Social não se apresentava com polêmicas internas significativas, no entanto a partir desta década alguns grupos de profissionais começaram a interrogar a posição conservadora, articulados, sobretudo com a perceptiva de superação do subdesenvolvimento latino-americano, configurando assim o início do processo de reconceituação (BRAVO, 1996). Com o movimento de reconceituação, esse perfil começa a se reverter, os assistentes sociais passam a lutar pela ruptura do Serviço Social tradicional, passando a pensar criticamente na prática profissional, possibilitando a busca de um novo olhar para os problemas sociais e econômicos, favorecendo o processo de revisão crítica do Serviço Social.

No entanto, evidencia-se que esse processo de crítica em grande parte foi abortado pelo golpe de 1964 no Brasil, e a estratégia utilizada foi a implementação do projeto de modernização conservadora. Para Netto (1996), período de renovação profissional em meio à ditadura, se desenvolveu em três direções: a perspectiva modernizadora, como já sinalizada acima, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura²⁰.

²⁰ A perspectiva modernizadora consiste em “um esforço no sentido de adequar o Serviço Social, enquanto instrumento de intervenção inserida no arsenal de técnicas sociais a ser operacionalizado no marco de estratégias de desenvolvimento capitalista, às exigências postas pelos processos sócio-políticos emergentes no pós-64. Trata-se de uma linha de desenvolvimento profissional que, se encontra o auge de sua formulação exatamente na segunda metade dos anos sessenta – seus grandes monumentos, sem dúvidas, são os textos dos seminários de Araxá e Teresópolis -, revelar-se-á um eixo de extrema densidade no envolver da reflexão profissional: não só continuará mobilizando energias nos anos seguintes como, especialmente, mostrar-se-á aquele vetor de

Mudanças significativas no debate do Serviço Social no campo da saúde começam a ser sinalizadas no final da década de 1970 em diante, a partir do movimento da Reforma Sanitária e da construção do projeto ético-político do Serviço Social, pautado na perspectiva crítico-dialética (BRAVO, 1996).

No final da década de 70, ganha destaque, na relação Estado – Sociedade, o movimento pela democratização de saúde, que, envolvendo intelectuais, profissionais de saúde, movimentos sociais e estudantes criou condições para a construção do projeto da Reforma Sanitária brasileira. Este movimento teve como princípio uma crítica à concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre a organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento a determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho em saúde (VASCONCELOS, 2011, p.76).

Como no Movimento Sanitário, reconhece-se também no Serviço Social, avanços no aspecto legal, institucional, acadêmico e político, no entanto, esses inegáveis avanços não foram tão expressivos no grupo de profissionais que atuavam na saúde, o Serviço Social assim como outras profissões envolvidas na área, não se envolveu nas lutas pela Reforma Sanitária. A profissão só começa a atuar e lutar por direitos quando estes passam a ser garantidos por lei, ou seja, pós a Constituição Federal promulgada em 1988. Conforme Bravo e Matos (2006):

Os avanços apontados são considerados insuficientes pois, o Serviço Social na área da saúde chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; continua enquanto categoria desarticulado do Movimento da Reforma Sanitária e com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (como estava sendo o encaminhamento da Reforma Sanitária); e insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em saúde” (Bravo, 1996).

Em 1987, levando em conta os assuntos trazidas pela VIII Conferência Nacional de Saúde, começou o processo de elaboração da Constituição Federal de 1988. A Constituição introduziu novos conceitos, princípios e uma nova forma de organizar os serviços de saúde,

renovação que mais fundamentalmente vincou a massa da categoria profissional” (NETTO, 1996 p.154). “A direção que condensa a renovação compatível com o segmento do Serviço Social mais impermeável às mudanças pode designar-se como a perspectiva de reatualização do conservadorismo. Trata-se de uma vertente que recupera os componentes mais estratificados da herança histórica e conservadora da profissão, nos domínios da (auto) representação e da prática, e os repõe sobre uma base teórico-metodológica que se reclama nova, repudiando, simultaneamente, os padrões mais nitidamente vinculados à tradição positivista e às referências conectadas ao pensamento crítico-dialético, de raiz marxiana” (NETTO, 1996 p.157). A terceira direção identificada no processo de renovação do Serviço Social no Brasil é a perspectiva que se propõe como intenção de ruptura com o Serviço Social tradicional. Ao contrário das anteriores, esta possui como substrato nuclear uma crítica sistemática ao desempenho “tradicional” e aos seus suportes teóricos, metodológicos e ideológicos. Com efeito, ela manifesta a pretensão de romper quer com a herança teórico-metodológica do pensamento conservador (a tradição positivista), quer com os seus paradigmas de intervenção social (o reformismo conservador). (NETTO, 1996 p.159).

trazendo o conceito de saúde relacionado com as políticas sociais e econômicas e entendido como um direito de todos e dever do Estado, incluindo a saúde no campo da Seguridade Social e criando o Sistema Único de Saúde – SUS. Com a implementação do SUS, a saúde passou a ser um dos maiores campos de atuação dos assistentes sociais, pois a saúde passa a ser compreendida em seu conceito ampliado.

Nesta conjuntura, no dia 06 de março de 1997, o Assistente Social é reconhecido como um profissional da saúde, através da Resolução nº 218 do Conselho Nacional de Saúde, no entanto ademais da Resolução, o Código de Ética de 1993, a Lei de Regulamentação da Profissão também de 1993, e o Conselho Federal de Serviço Social de 1999 são expressões concretas desta afirmativa.

No âmbito desses marcos legais e normativos, torna-se indispensável ressaltar um importante documento que traz as referências para o exercício profissional, os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Elaborados a partir de ampla participação da categoria profissional e lançados pelo Conselho Federal de Serviço Social, tem como finalidade "referenciar a intervenção dos profissionais na área da saúde" (CFESS, 2009, p. 11). Tais Parâmetros reforçam a importância de reconhecer os usuários da saúde como sujeitos de direitos, em um contexto de cidadania e de democracia, sendo exigido uma atuação competente e crítica:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2007), também assegura ao usuário que ele tem “direito a atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação, direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos, a

responsabilidade do cidadão para que seu tratamento aconteça de forma adequada, e direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Contudo, o fato de existirem legislações e documentos, como a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2007), que defendam o direito do usuário ao atendimento humanizado não assegura que tal princípio se efetive na rotina dos serviços de saúde. Como destaca Cunha (2010), o Assistente Social que atua na saúde lida cotidianamente com a

[...] realidade do hospital, que precisa desocupar o leito, possibilitando novas internações, tão logo usuário tenha condições de alta; o direito do usuário que está na fila de espera do hospital para ser atendido e que, muitas vezes, precisa se sujeitar a ficar vários dias na emergência até conseguir um leito e, por outro lado, o direito deste usuário internado, que necessita conhecer a rede e seus direitos para poder se reorganizar em função do adoecimento e de suas implicações.

Por isso que um dos grandes desafios postos ao assistente social, é justamente desenvolver sua capacidade em decifrar a realidade e construir propostas voltadas à efetivação de direitos dos usuários. É por meio da compreensão da realidade social na qual a profissão está inserida que é possível compreender o que consiste a atuação do Assistente Social.

Na saúde um desafio atual para o Serviço Social tem sido o de “responder a dificuldade de articular o fazer profissional com o projeto ético-político profissional e com o projeto da Reforma Sanitária” (MATOS, 2003). Yamamoto (2005, p. 258) considera que o Serviço Social precisa retomar: “a relação indivíduo/sociedade; as relações entre as macro-análises e as micro-situações enfrentadas no cotidiano profissional; as relações entre o universal, o particular e o singular; as relações entre objetividade e subjetividade, questão da cultura”. Além disso, a autora também aponta como fragilidade, o fato da profissão “não ter enfrentado com a mesma profundidade e intensidade as questões referentes às estratégias técnicas-políticas da ação profissional”.

Entre estes desafios da ação profissional Miotto e Nogueira (2006) relatam dificuldades vinculadas a evidência dos fatores socioeconômicos, culturais e ambientais na determinação das condições de vida e saúde da população. Estes fatores expressam, necessidades sociais em saúde que são definidas por Cecílio (2001) e organizadas em quatro conjuntos: “Ter boas condições de vida (refere-se aos fatores ambientais externos que determinam o processo saúde-doença); Ter acesso (possibilidade de poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida); Ter vínculos efetivos entre cada usuário e equipe ou profissional (estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades); Ter graus crescentes de autonomia (possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta ressignificação teria peso efetivo

no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampliada possível).

Perante todo este processo de reconhecimento do Assistente Social na área da saúde, estendemos que o profissional tem um compromisso enorme em consolidar o princípio do SUS, que garante a universalidade no acesso e no atendimento, além de também estar comprometido na construção da integralidade em saúde, que consiste tanto na abordagem da pessoa como parte de um contexto social, econômico, histórico e político, quanto na organização de práticas de saúde que integrem ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. (NOGUEIRA E MIOTO, 2006, p. 6).

Diante do exposto, dentre as propostas da Política Nacional de Humanização para lidar com tais questões, destaca-se a formação de Grupos de Trabalho de Humanização (GTHs), considerados enquanto “encontro de pessoas interessadas em discutir o próprio serviço em que trabalham, ou que utilizam” (BRASIL, 2004). Estes são concebidos, na PNH, como espaços de promoção da aproximação entre as pessoas e de compartilhamento das tensões sofridas no cotidiano, sendo compostos por profissionais da saúde, técnicos, funcionários, coordenadores e também por usuários.

Não por acaso, o Assistente Social é chamado a contribuir na constituição dos GTHs, por sua habilidade em atuar na identificação e intervenção das determinações sociais que afetam diretamente os usuários.

Segundo Silva (2008) “o Assistente Social, em sua formação é preparado para a humanização das relações, a escuta, o diálogo, o reconhecimento dos direitos de cidadania, o perceber e apreender o outro, em sua alteridade”. A mesma autora ao falar do cotidiano do profissional de Serviço Social na saúde diz que “com sua rotina, condicionamentos, robotizações e competitividades tão comuns, especialmente no contexto neoliberal, faz com que as relações sejam coisificadas e o outro visto como objeto de nossas ações. É necessário por parte dos profissionais que atuam na área da saúde, o preparo para uma transformação das suas práticas”. Segundo Miotto (2007):

[...] a preocupação dos assistentes sociais com a resolutividade do sistema de saúde, de apurar no dia-a-dia seus princípios e diretrizes, deve vir acompanhada por uma visão analítica sobre o processo saúde-doença e de adensamentos conceituais que dão conta de responder ao modelo de atenção vigente. Por isso, a implantação de uma nova política, a PNH, num cenário de diferentes necessidades em saúde a serem superadas, do envolvimento de diferentes atores e profissionais com distintas formações, traz consigo a exigência de se pensar de que forma a categoria profissional vem assumindo.

É portanto, nessa conjuntura que os assistentes sociais tem sido convidados a inserir-se na Política de Humanização, mais especificamente nos Grupos de trabalho de Humanização, ao passo de que o contexto favorece exatamente o contrário como retalado na citação acima. Desta forma, um grande desafio do Serviço Social é fazer uma discussão crítica acerca das práticas de humanização na saúde.

2.2 A PNH no Serviço Social dos Hospitais

Para atingir os objetivos propostos da pesquisa, além da revisão de literatura sobre o Serviço Social na Política de Humanização, foi realizada, a partir de entrevistas com Assistentes Sociais de cinco Hospitais da grande Florianópolis uma pesquisa empírica para identificar sua relação com a Política Nacional de Humanização. A seguir mostraremos os resultados:

2.2.1 Procedimentos metodológicos

Antes de apresentarmos o resultado da pesquisa, torna-se necessário explicar como chegamos a tais resultados, quem foi nosso público-alvo, o tipo de pesquisa utilizada e outros procedimentos metodológicos inerentes a este trabalho científico. A metodologia²¹ deste trabalho está direcionada por uma perspectiva qualitativa exploratória. A abordagem qualitativa não se preocupa em quantificar, mais em tentar explicar os significados das relações sociais, consideradas essenciais e resultantes da atividade humana. Engloba os sistemas de relação que constroem o modo de conhecimento exterior ao indivíduo, e também as representações sociais que compõem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais, que por sua vez lhe atribuem significados (MINAYO, 2004).

Este trabalho deve ser considerado uma pesquisa qualitativa, por conter a existência de uma relação dinâmica entre mundo real e o sujeito, conforme afirma Minayo (1994 p.21):

²¹ Entendemos por metodologia o caminho e o instrumento próprios de abordagem da realidade. Nesse sentido, a metodologia ocupa o lugar central no interior das teorias sociais, pois faz parte intrínseca da visão social de mundo veiculada na teoria. A metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador (MINAYO, 2004 p.22).

A pesquisa qualitativa se preocupa, nas Ciências Sociais, com o nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Com relação ao caráter exploratório da pesquisa Gil (1991) salienta que a pesquisa exploratória “tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema”. A pesquisa ao focar na familiaridade com o problema visa torná-lo mais explícito ou a facilitar a construção de hipóteses. Tem como características a flexibilidade, de modo que qualquer aspecto relativo ao tema estudado tem importância. Grande parte das pesquisas exploratórias envolve levantamento bibliográfico, documental e entrevista ou questionário envolvendo pessoas que tiveram alguma experiência com o tema de estudo.

Para a coleta de dados primeiramente foi necessário mapear os Hospitais da Grande Florianópolis que desenvolvem ações de humanização na Instituição, posteriormente produzimos um roteiro de entrevista em forma de questionário. Sobre as características de um questionário, Gil (1999) conceitua-o como uma técnica “de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc” (GIL, 1999 p.128). O questionário aplicado foi composto por um roteiro semiestruturado, combinando perguntas abertas e fechadas, sendo que as primeiras questões foram voltadas para o perfil do entrevistado e as demais perguntas foram estritamente direcionadas ao problema de pesquisa, ou seja, as ações do Serviço Social em relação a Política Nacional de Humanização em Hospitais.

Assim, o modo de operacionalização da pesquisa aconteceu por meio de entrevista semiestruturada. Para Haguette (1997), a entrevista pode ser definida como um “processo de interação social entre duas pessoas no qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”. A entrevista como coleta de dados sobre um determinado tema científico é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo. Através dela os pesquisadores buscam obter informações, ou seja, coletar dados objetivos e subjetivos. As técnicas de entrevista semiestruturada têm como vantagem a sua elasticidade quanto à duração, permitindo uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos. Além disso, a interação entre o entrevistador e o entrevistado favorece as respostas espontâneas. As respostas espontâneas dos entrevistados e a maior liberdade que estes têm podem fazer surgir questões inesperadas ao entrevistador que poderão ser de grande utilidade em sua pesquisa (HAGUETTE, 1997).

Para a realização da pesquisa inicialmente se mapeou os Hospitais da Grande Florianópolis que desenvolvem ações de humanização, a princípio foram escolhidos dez hospitais da Grande Florianópolis para a realização da pesquisa, sendo: Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes; Instituto de Cardiologia de Santa Catarina; Hospital Infantil Joana de Gusmão; Hospital e Maternidade Carmela Dutra; Hospital Nereu Ramos; Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina - HEMOSC; Imperial Hospital de Caridade; Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico; Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago e Hospital Governador Celso Ramos. Logo após a escolha, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, e os dez hospitais elencados foram incluídos na Plataforma Brasil como Instituições coparticipantes da pesquisa.

Para tramitar no CEP é necessário solicitar que cada instituição coparticipante disponibilize uma declaração assinada pela direção do hospital em que conste que a instituição cumpre com os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e que tenha condição para o desenvolvimento deste projeto. Nesta etapa da submissão do projeto de pesquisa, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e o Imperial Hospital de Caridade não aceitaram participar da pesquisa, pois não disponibilizaram o número do CNPJ para adicioná-los como coparticipantes da pesquisa. O restante dos hospitais disponibilizaram tanto o número de CNPJ quando o termo de anuência das instituições. No mês de maio de 2015 o projeto de pesquisa foi submetido ao CEP/SH/ UFSC, após o período de um mês, o CEP/SH/UFSC emitiu um Parecer Consubstanciado com pendências, afim de, prever com maiores detalhes os riscos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, além de anexar outra vez a autorização do HEMOSC. Sendo assim, o documento explicitando os riscos da pesquisa no TCLE foi alterado. Com relação ao termo de anuência do HEMOSC, entrou-se em contato com o CEP da instituição, e ao explicar a proposta do projeto de pesquisa e solicitar o Termo, a instituição requereu que enviasse o projeto de pesquisa afim de, passar pela “Comissão Científica” para análise. Após 15 dias a Comissão emitiu um parecer solicitando modificações no projeto, o qual foi adequado conforme solicitação. Novamente após muitos contatos telefônicos solicitando o termo de anuência, a instituição enviou via email o Termo, no entanto, sugeriu de trocar o “título” do projeto quanto a palavra “hospital”, pois relatou que o HEMOSC é um Centro e não um Hospital. Visto que o HEMOSC foi o último a entregar o Termo, não foi possível atender a solicitação de modificar o título, pois todas as demais instituições já haviam assinado o Termo (onde consta o título do

projeto), optou-se por excluir o HEMOSC como instituição coparticipante do projeto de pesquisa.

Em outubro de 2015 o projeto da referida pesquisa foi homologado e recebeu parecer favorável à sua realização pelo CEPESH/UFSC, sob o número de parecer 1.286.102. No entanto, os Comitês de Ética dos hospitais Carmela Dutra e o Governador Celso Ramos justificaram estar com demanda reprimida a ser atendida, e que a previsão de aceite do projeto de pesquisa seria para o mês de março de 2016. Sendo assim, os hospitais na qual realizou-se a pesquisa foram: Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, Hospital Infantil Joana de Gusmão, Hospital Nereu Ramos e Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago.

Com a autorização dos cinco hospitais, contatamos via telefone o setor de serviço social de cada instituição e após descrever rapidamente a pesquisa, a ligação foi encaminhada para a assistente social que tinha disponibilidade em responder as perguntas, ou seja, a escolha das participantes ocorreu de forma aleatória. Logo após, solicitamos as profissionais de Serviço Social sua disponibilidade em realizar a pesquisa, após concordarem com a participação agendou-se a entrevista. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho das profissionais, ou seja, nos setores de Serviço Social dos Hospitais. As entrevistadas foram receptivas e dispuseram-se a colaborar no que fosse necessário, demonstrando considerar importante a pesquisa em questão. Foi informado a participante, que conforme o que o item 5 da Resolução 466/2012 do CNS: “*toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados*”, esta forma de pesquisa, envolvendo entrevistas, trata-se de um projeto com risco mínimo, neste sentido supomos que eventualmente, mesmo a entrevistada tendo conhecimento dos objetivos da pesquisa, poderá sentir algum desconforto com as perguntas e as reflexões que delas decorrem. Este possível desconforto pode ser em relação ao seu setor de trabalho, ao hospital que atua, ao vínculo trabalhista com a Secretaria de Estado da Saúde e mesmo em relação as particularidades e tendência teórico-políticas que envolvem o exercício profissional do Serviço Social atualmente. Como forma de evitar qualquer risco, foi garantido sigilo quanto à identidade das entrevistadas e da Instituição, sendo assim, a identificação dos hospitais e das participantes da pesquisa foi feita através de letras e números. Os hospitais foram identificados por H1, H2, H3, H4 e H5 e as entrevistadas por AS1, AS2, AS3 e assim por diante. Após os esclarecimentos necessários solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TECLÉ, em que as participantes receberam uma via deste. No processo de entrevista, utilizou-se gravador de voz, principalmente para melhor apreensão das questões.

2.2.2 O perfil das profissionais entrevistadas

No intuito de conhecer o perfil das Assistentes Sociais entrevistadas, a primeira parte do roteiro de entrevista contemplou questões de identificação do perfil sócio ocupacional da profissional e a segunda parte, as perguntas direcionam-se a Política da Humanização no hospital e no exercício profissional. A tabela 1 ilustra o perfil das profissionais participantes.

Tabela 1: Perfil das Assistentes Sociais entrevistadas que trabalham nos Hospitais da Grande Florianópolis em novembro e dezembro de 2015.

Hospitais	Entrevistadas	Sexo	Idade	Escola de Formação	Ano de colação de grau
H1	AS1	F	47	UFSC	1992
H2	AS2	F	56	UNISUL	1985
H2*	AS4	F	50	UFSC	1989
H3	AS3	F	33	UFSC	2003
H4	AS5	F	54	UERJ	1984
H5	AS6	F	60	UFSC	1980

AS= Assistente Social; F = feminino; H= Hospital; UFSC= Universidade Federal de Santa Catarina; UNISUL= Universidade do Sul de Santa Catarina; UFRJ= Universidade Federal do Rio de Janeiro. * Foram entrevistadas 2 Assistentes Sociais do H2.

Fonte: Roteiro para identificação do perfil sócio ocupacional de preenchimento individual antes de iniciar a entrevista. As ações do Serviço Social em relação à Política Nacional de Humanização em hospitais, Lopes, Nov, 2015. Elaboração da autora.

Todas as profissionais de Serviço Social que foram entrevistados são mulheres, e quanto à idade, esta oscila entre 33 a 60 anos. Dentre as profissionais, quatro formaram-se na Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, uma na Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, e outra, na Universidade do Sul de Santa Catarina/UNISUL. As entrevistadas possuem de 12 a 36 anos de formação, e colaram grau entre os anos de 1980 a 2003.

Identifica-se que das seis Assistentes Sociais entrevistadas, apenas uma formou-se com um currículo pautado pelas novas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Serviço Social de 1996, que expressa as conquistas dos profissionais ao longo da trajetória de construção do projeto ético-político. Na UFSC o projeto pedagógico com bases nas diretrizes foi implementado em 1999 tendo, portanto apenas uma Assistente Social – das entrevistadas – formada nesta nova perspectiva da profissão.

A próxima tabela apresenta o perfil profissional dos entrevistados com relação ao vínculo empregatício no Hospital.

Tabela 2: Tempo de trabalho na saúde e na Instituição, carga horária e tipo de contrato indicado pelas entrevistadas em novembro e dezembro de 2015.

Hospitais	Entrevistadas	Tempo de trabalho na área da saúde	Tempo de trabalho no Hospital	Carga horária semanal	Tipo de contrato
H1	AS1	22 anos	10 anos		Estatutário
H2	AS2	9 anos e 6 meses	9 anos e 6 meses		Estatutário
H2*	AS3	20 anos	20 anos	30h	Estatutário
H3	AS4	9 anos e 6 meses	9 anos e 6 meses		Estatutário
H4	AS5	21 anos	21 anos		Estatutário
H5	AS6	20 anos	20 anos		Celetista

Fonte: Roteiro para identificação do perfil sócio ocupacional de preenchimento individual antes de iniciar a entrevista. As ações do Serviço Social em relação à Política Nacional de Humanização em hospitais, Lopes, Nov, 2015. Elaboração da autora.

* Foram entrevistadas 2 Assistentes Sociais do H2. A carga horária das entrevistadas é de 30 horas mais 15 horas de hora plantão, totalizando 45 horas semanais.

Os dados apontam que a maioria das profissionais realizam nos Hospitais 45 horas semanais, sendo 30 horas + 15 horas plantão semanais. Nenhuma das entrevistadas confirmou ter outro vínculo empregatício, e algumas entrevistadas com carga horária de 45 horas semanais destacam que não haveria possibilidade de ter outro vínculo. Cinco das seis entrevistadas são concursadas e vinculados à instituição em regime de contrato estatutário, apenas uma, o regime é celetista efetivo. A média de tempo de trabalho na área da saúde entre os entrevistados é de, aproximadamente, dezessete anos, e a média de tempo de serviço nas instituições hospitalares é de, aproximadamente, quinze anos. Com exceção da AS1, todas as demais entrevistadas, começaram a trabalhar na saúde quando entraram na instituição hospitalar que trabalham atualmente.

2.2.3 Humanização e Grupos de Trabalho de Humanização nos Hospitais

Como já salientamos, tanto o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) quanto a própria Política Nacional de Humanização (PNH), estimulam a criação dos Grupos de Trabalho de Humanização (GTHs) na saúde em todo o país, para poder discutir sobre o tema e avançar no que se refere ao atendimento humanizado. Ambos propõem a humanização das relações entre gestores, servidores e usuários por meio da constituição dos GTHs, que seriam os multiplicadores do processo de humanização desenvolvendo ações neste sentido.

O GTH caracteriza-se como um dos dispositivos da PNH cujo objetivo é intervir na melhoria dos processos de trabalho, bem como na qualidade da produção de saúde para todos (BRASIL, 2012). É um dispositivo que deve instituir-se em qualquer instância no SUS, não se restringindo apenas aos serviços de prestação direta de assistência à saúde. Por isso, o Ministério da Saúde faz referência aos GTHs ampliados ou Comitês de Humanização, onde se envolvem todas as instâncias gestoras vinculadas ao SUS, entidades formadoras, conselhos profissionais, usuários, etc. Devem ser formados por pessoas que tenham interesse em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho e as relações que se estabelecem entre trabalhadores de saúde e entre estes e os usuários.

Segundo a cartilha do Ministério da Saúde (2012), os GTHs deveriam instituir uma "parada" e um "movimento" no cotidiano do trabalho para a realização de reflexão coletiva sobre o próprio trabalho, garantindo a voz a todos para poder dizer o que pensam, criticar, sugerir e propor mudanças no funcionamento dos serviços, na atenção aos usuários e nos modos de gestão.

O GTH passa a ser visto como um instrumento de grande valia para que se possa fazer uma leitura do cotidiano do hospital e, ao mesmo tempo, um potencializador de atitudes voltadas para a melhoria da assistência. Junto com os demais dispositivos, tem por função viabilizar os princípios e resultados esperados com o HumanizaSUS. Essas breves observações a respeito do GTH são suficientes para mostrar sua importância.

Diante disso, antes mesmo de questionarmos sobre os Grupos de Trabalho de Humanização, a fim de adentrarmos ao tema da humanização, perguntamos sobre o entendimento das entrevistadas a respeito da Política Nacional de Humanização. Uma das entrevistadas descreve sua aproximação com a proposição da humanização e afirma que a

humanização não pode prescindir apenas da realização de “coisas boas” como tem feito. De forma genérica, relaciona humanização com o bom atendimento. Sua fala é ilustrativa:

[...] Qualquer coisa que seja “boa” é caracterizado como humanização. Um exemplo: a regra do hospital é que crianças só acima de 12 anos podem entrar pra fazer visitas, então à humanização recebe essas crianças para fazer a visita ao paciente. Não sei se tu tá entendendo, mas parece que a humanização acabou sendo outras coisas que não a política, infelizmente né, porque a PNH tem parâmetros, princípios, foco no funcionário, no público externo. Como já participei eu tenho essa referencia, mas acaba que agora, ah faz um cartaz, é a humanização que fez, acabou reduzindo muito [...]. [...] Ah, outra coisa, o paciente, tá lá na unidade, tá demorando ou tá de alta e daí tem um questão social envolvida e nós do serviço social estamos trabalhando, ou mandando relatório pro Ministério Público, ou tentando localizar a família, ou tentando buscar a rede socioassistencial, e daqui a pouco aparece a humanização na história e diz “ah porque que o paciente não foi embora”, sabe assim, meio que... agora a humanização vai dar conta, e a gente sabe que não é assim. As ações são muito incipientes eu acho, e não é o que eu entendo por humanização, porque pra fazer festinha, fazer cartazes qualquer um faz, pra liberar crianças menores de 12 anos qualquer setor também pode fazer. (Entrevistada AS3)

A outra entrevistada apresenta sua compreensão de humanização partindo do entendimento que a humanização da instituição está muito ligada a questão do acompanhante, achando importante também atuar com cuidado com o trabalhador da saúde, a ambiência:

Eu acho que na minha percepção, pode ser uma percepção bem rasa, mas a humanização acaba muito vinculada as questões do acompanhante, e ela não deveria ficar só nisso, ela deveria discutir muito mais as relações dentro da instituição, das trocas dos profissionais, a questão de ambiência, me parece que há uma visão por grande parte dos profissionais é que tudo que é humanização é vinculada ao paciente e ao acompanhante e não é só isso... (entrevistada AS4)

Uma terceira participante compreende a humanização da seguinte forma:

[...] Na política de humanização a gente foca muito na questão das relações, mas ela vai muito mais além disso, ela vai na relação com a comunidade, ela vai na questão de ambiência, e vai principalmente na questão da preocupação com os trabalhadores do SUS, que muitas vezes tem uma carga horária elevada incapaz de realizar um trabalho humanizado [...]. Eu vejo a PNH assim, pra facilitar, pra gerar mais bem estar para todos, mas ao mesmo tempo como insuficiente diante de todas as questões do SUS, então é dessa maneira que eu vejo a PNH. (entrevistada AS2)

As respostas as respeito da preocupação dos trabalhadores, se concretiza no fato de que, quase sempre, os trabalhadores se encontram inseridos em processos de trabalho muito precários em decorrência de baixos salários, realização de dupla e, até mesmo, tripla jornada, sobrecarga de trabalho devido ao “déficit” ou insuficiência de pessoal e de recursos materiais em qualidade ou quantidade, alta carga de estresse, em função da tensão provocada, seja pelas chefias superiores como pelos próprios usuários, sobre quem está na “ponta” do sistema. Tais

questões, experimentadas pelos trabalhadores da saúde, assinaladas por Casate e Corrêa (2005), contribuem para um processo de trabalho rotinizado/mecanizado.

Diante das falas, identificamos que as profissionais conhecem em parte os grandes objetivos da PNH, no entanto, dizem que os GTH's não conseguem cumprir com os próprios objetivos da PNH. Os GTH'S realizando, funções menores, que tem sua relevância cotidianamente e atende que as necessidades individuais. Mas, achamos ser um serviço eventual dependente da boa vontade e subjetividade de quem está a frente, e não nos parece que a PNH e GTH ainda não fazem parte de um fluxo institucional.

Afim de, ouvir das profissionais de Serviço Social sobre como é efetivado o processo de humanização em cada instituição hospitalar, buscamos indagá-las sobre os Grupos de Trabalho de Humanização, visto que este caracteriza-se como dispositivo fundamental para que o processo de humanização da assistência à saúde se efetive.

Verificou-se que todos os hospitais de alguma forma estão executando de alguma forma a PNH, mas nem todos possuem Grupos de Trabalho de Humanização (GTH), pois algumas entrevistadas relataram que o hospital possui um setor específico de humanização (não havendo assim Grupo de Trabalho de Humanização).

Na verdade, o hospital, quando começou a PNH criou um grupo com coordenador, estatuto, profissionais de diversas áreas envolvidos nesse grupo, e o serviço social fazia parte. A gente fez parte do grupo durante algum tempo, várias ações dentro do hospital, e para o público externo, foram realizadas. E durante algum tempo esse grupo deu muito certo, logo no início do Programa de Humanização, e depois de uns cinco anos ou um pouquinho mais, a Humanização ficou a cargo de um setor aqui, então foi criado um setor específico, um setor de Humanização, e ai aquele trabalho de grupo, ele meio que acabou se dispersando. (entrevistada AS3)

O grupo não se reúne, tem uma sala de Humanização que trabalha uma enfermeira e outro funcionário. Eles dois trabalham com coisas dentro do hospital, pensando em ações de humanização para realizar dentro do hospital. (entrevistada AS2)

Outras profissionais também falaram que no momento o GTH da instituição não está ativo realizando reuniões e ações de humanização:

Desde que começou o Programa de Humanização nós começamos com o nosso grupo de humanização, eu participo disso desde o início. A gente fez muita coisa aqui dentro do hospital, mas nos dois últimos anos, o grupo deu uma parada, e agora a gente tá reativando o grupo com pessoas novas, elas estão fazendo um curso para fazer um projeto para o ano que vem a gente reiniciar. (entrevistada AS6)

As reuniões do GTH tão meio que aguardando a gente retomar, uma situação meio assim. Faz um tempo que a gente não tem tido reuniões de GTH. A gente se reunia quando tava acontecendo regularmente, todas as quinta feiras à tarde. Mas, faz um tempo que nós demos uma parada, porque as reuniões de colegiado também são na quinta né, e a coordenadora do GTH do hospital tem ido pra essas reuniões, e ai a

gente acabou ficando meio que “stand-by” nas reuniões aqui. Mas, em contra partida, na sala da Humanização, como tem aqueles dias que a coordenadora do GTH tá ali, a coisas acabam acontecendo, todo mundo vai lá, todo mundo procura. Não tá tendo a reunião formal, mas as coisas estão meio que fluindo, mas é preciso retomar, elas estão meio que paradinhas ai. (entrevistada AS5)

Das cinco instituições hospitalares que foi realizada a pesquisa, apenas duas relataram que o hospital possui GTH ativo e que uma vez por mês uma equipe interdisciplinar se reúne.

Segundo os cadernos da PNH os GTH's tem que “difundir os princípios norteadores da PNH; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento de cada serviço e sua rede de referência; promover o trabalho em equipes multiprofissionais, estimulando a transversalidade e a grupalidade; propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os trabalhadores da saúde; incentivar a democratização da gestão dos serviços; divulgar, fortalecer e articular as iniciativas humanizadoras existentes; estabelecer fluxo de propostas entre os diversos setores das instituições de saúde, a gestão, os usuários e a comunidade; melhorar a comunicação e a integração do equipamento com a comunidade (de usuários) na qual está inserida.” (BRASIL, 2003).

No entanto é importante frisar que os relatos evidenciaram que mesmo quando ativos, os GTH's não davam conta do que os cadernos da PNH preconizam para realizar nos GTH's. No conjunto dos depoimentos o funcionamento dos GTH's, parece oscilante, com períodos longos de não funcionamento. Supomos que as ações consideradas de humanização (já que as entrevistadas não se referem as ações como próprias de uma PNH) são de iniciativa quase individual e não são impulsionada por necessidades institucionais do hospital.

2.2.4 A participação do Serviço Social nos GTH'S

Quanto à participação dos profissionais de Serviço Social nos GTH's, estes foram positivos, pois identificou-se que na maioria dos hospitais há uma equipe interdisciplinar de vários setores do Hospital participando dos GTH's. Mesmo as instituições que no momento não estão se reunindo, relatam que o Grupo quando estava ativo, era composto por várias área do conhecimento, inclusive o Serviço Social.

O Serviço Social participa, é a outra Assistente Social que está participando, e eu também participo, normalmente eu sempre vou à reunião. Já teve momentos que eu participei com mais frequência, e agora é a outra Assistente Social que está

acompanhando. O pessoal da enfermagem, a nutrição, a fisioterapia, o ambulatório, a ouvidoria, vai pegando algumas áreas, menos a área médica. (entrevistada AS1)

Eu não sei como tá agora, mas tinham reuniões periódicas, que participavam vários membros dos serviços do hospital, então eram representantes da enfermagem, da psicologia, do serviço social, da farmácia, da medicina que se reuniam para definir algumas ações vinculadas conforme a diretriz da política nacional de humanização. (entrevistada AS4)

Serviço Social participa, medicina, enfermagem, psicologia, fisio, fono, tem pessoas do administrativo, quem mais... tem de vários setores. E a participação além de ser interdisciplinar é de vários serviços. (entrevistada AS5)

Não por acaso, o Assistente Social é chamado a contribuir na constituição dos GTHs, por sua habilidade em atuar na identificação e intervenção dos determinantes sociais que afetam a qualidade de vida e saúde dos usuários. A natureza da atuação do Assistente Social na saúde tem relação direta com o acesso da população usuária às informações e, conseqüentemente, com o privilegiamento da construção do direito à saúde.

A respeito das ações de humanização, todas as profissionais relataram que mesmo sem GHT (em algumas das instituições) a humanização tem desenvolvido algumas ações. A maioria das profissionais relataram que as ações vem muito ao encontro das visitas abertas e do direito de acompanhante, oferecendo assim conforto, alívio de tensões pessoais e na relação com o serviço.

Que eu conheço, eles oferecem yoga, reiki tanto para funcionários quanto para acompanhantes. Outra coisa que tá sendo coordenado por eles é a questão da visita, porque crianças menores de 12 anos em um hospital de adulto não podem entrar, com exceção da maternidade, pela questão da contaminação, pela questão do que pode acontecer. (entrevistada AS2)

[...] pelo que a gente sabe, eu nunca participei desta comissão tá, mas pelo que eu já ouvi falar, eles vão discutir desde portaria de visita, entrada de acompanhante, questão de refeição, número de cadeira de rodas, ambiências nos locais, cadeira do acompanhante. (entrevistada AS4)

[...] O que desenvolvemos é o que os dispositivos da PNH propõe, então, por exemplo: visita aberta, direito de acompanhante está sempre sendo revisto. Situações que acontecem que precisam ser revistas, alguns critérios, a questão de ambiência, até porque o hospital tem passado por algumas reformas e a gente tem essa preocupação com a ambiência [...]. Fazendo uma síntese assim, nós da humanização já confeccionamos cartazes educativos, mediamos conflitos tanto entre usuários quanto trabalhadores, lecionamos aulas sobre a PNH para a residência médica e servidores, fizemos o acolhimentos dos usuários e dos funcionários e várias outras coisas. (entrevistada AS5)

Falas ou até mesmo experiências, mesmo que positivas, considerando apenas a vontade individual, podem gerar grandes frustrações. Por isso, querer que a relação

“acolhedora” de grupos de trabalho de humanização, gestão participativa e outros dispositivos se realizem apenas pela “boa vontade” dos trabalhadores da saúde e usuários, é no mínimo irresponsável, pois ações de sujeitos isolados não implicarão mudanças de modelos de atenção e gestão na saúde.

Ao analisarmos os dados desta primeira parte da pesquisa, constatamos que a interpretação das profissionais entrevistadas, em relação à PNH e aos GTHs pode ser resumida como: ações que não efetivam o que preconiza a Política (como por exemplo a realização de cartazes, festas de final de ano); tudo que é positivo é resultado das ações de humanização: cuidado, respeito aos direitos dos usuários, bem estar para todos, respeito à pessoa doente e ao acompanhante; usuário deve ser atendido com dignidade de forma integral; acesso a todas as formas possíveis de tratamento e a presença do acompanhante; PNH como norte para executar a humanização no hospital.

Deste modo, entendemos que estes cuidados, oferecimento de informações de conforto, devem fazer parte de qualquer organização institucional de serviço de saúde no SUS, mas parece que no caso dos hospitais pesquisados isto se confunde com a PNH.

A PNH aparece no cenário da assistência à saúde como instrumento norteador de proposições e ações voltadas para a humanização dessa assistência em função de diagnóstico que apontava para problemas os mais variados que geravam, e ainda geram, insatisfações, não só por parte dos usuários, mas também de profissionais e gestores. O GTH, por sua vez, caracteriza-se como dispositivo fundamental para que o processo de humanização da assistência à saúde se efetive.

No entanto, vale ressaltar que percebe-se que, apesar dos limites apontados no desenvolvimento das ações, há ainda uma leitura de que algumas coisas mudaram e tornaram a assistência mais humanizada. Não são falas, em sua maioria, que demonstram convicção e empolgação, mas não negam um avanço, mesmo que incipiente.

Apesar de o tema humanização da saúde provocar polêmicas, visto que há debates com questões relacionadas a insuficiência, transformismo dos princípios do SUS, necessidade de humanizar o humano, não se pode descartar a imprescindível reflexão em torno da condição da assistência que a PNH provocou nos últimos 13 anos. Neste sentido, a implantação e o aprimoramento dos dispositivos da PNH (dos GTHs especialmente) são de suma importância. Apesar de a realidade investigada mostrar os limites do trabalho desenvolvido pelos GTHs analisados, é necessário destacar alguns avanços, afinal, verificou-se o relato de várias iniciativas pontuais são exitosas e que não podem ser desprezadas.

2.2.5 A PNH e sua relação com os fundamentos do SUS e o Projeto Ético Político do Serviço Social

Como já debatemos no capítulo anterior, acreditamos que os fundamentos do SUS, decorrentes do Movimento da Reforma Sanitária são necessários sim para uma humanização concreta e efetiva dos serviços de saúde, no entanto entendemos que a proposta da Política Nacional de Humanização coincide com os próprios princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas. Com isso a integralidade garantida em um dos princípios do SUS, vem a ser substituída por programas e políticas como esta, que por si própria é insuficiente para efetivar e mudar o cenário visto até então.

Com base nas questões levantadas na pesquisa, perguntamos para as entrevistadas qual relação da PNH com os fundamentos do SUS. A partir deste questionamento, foi possível fazer uma síntese do que foi ressaltado sobre a relação PNH e fundamentos do SUS. As entrevistadas ressaltaram que: o SUS é uma política maravilhosa, se fosse cumprido realmente à vista, não teria a necessidade da PNH; se todos os profissionais trabalhassem e tivessem o entendimento da perspectiva do direito do cidadão, o exercício profissional tornar-se-ia de excelência, e o trabalho conseqüentemente seria humanizado; se a integralidade, intersetorialidade e todos os demais princípios do SUS fossem efetivamente colocados em prática, com certeza não necessitaria da PNH; a PNH vem tentar colocar ações pra resgatar os princípios do SUS; se os princípios do SUS fossem respeitados e aplicados ela seria desnecessária, assim como tantas outras políticas dentro da política de saúde; a política de saúde é altamente jurídica porque é política dentro da política, decreto que se fariam desnecessários se a reforma sanitária e os princípios do SUS fossem realmente respeitados; se os princípios do SUS fossem colocados cumpridos, com certeza não precisaria de humanização; a PNH surgiu para dar uma melhorada naquilo que não era cumprido de certa forma, mas se o SUS fosse executado, da forma que ele tá sem lei, muita coisa que é extra não teria necessidade.

Esta relação PNH e princípios do SUS, é interpretada por um viés de fortalecimento das ações que SUS quando a profissional afirma:

Eu acho que tudo que vem pra contribuir, para fortalecer o cumprimento da lei 8.080 do SUS, tudo que complementa toda e qualquer política vem a somar, para fortalecer as ações do SUS eu acho que sempre será bem vindo, então eu acho que a PNH é importante, uma coisa complementa a outra. É o mesmo que dizer que

criança e adolescente é prioridade, criança e adolescente pela própria constituição é prioridade, mas se a gente não tivesse o ECA, talvez o que prevê a Constituição, ia ficar em segundo plano, então quando você tem uma outra que vem fortalecer e tornar aqui muitas vezes uma legislação, mais organizada, mais estruturada, exige mais o cumprimento. Acho que a gente precisa ter uma legislação complementar porque uma lei maior, ela as vezes traz o assunto de uma forma geral, mas quando eu tenho uma legislação específica, eu tenho como cobrar, exigir mais a prática e eu tenho a legislação pra me subsidiar naquela hora pra poder exigir algo, cumprimento de alguma coisa. (entrevistada AS5)

A concepção das entrevistadas a respeito da relação da Política Nacional de Humanização e Princípios do SUS também diz respeito à integralidade do sistema:

Se a gente pensar na integralidade, intersetorialidade enfim, se todos os princípios do SUS fosse efetivamente colocados em prática, com certeza não necessitaria dessa política. Eu acho que a política ela vem com o intuito de chamar a atenção, de reforçar, de tentar colocar ações pra resgatar os princípios do SUS, eu acho que é válido, é uma política que foi muito criticada.[...]acho que a gente tem que ter críticas sim, é fundamental, mas ela vem com o intuito de tentar resgatar um pouco isso, e colocar alguma ação em prática, não é inválido, mas sem dúvidas nenhuma, se os princípios do SUS fosse respeitados e aplicados ela seria desnecessária, assim como tantas outras política dentro da política de saúde. Se for dizer hoje, a política de saúde é altamente jurídica porque é política dentro da política, decreto que se fariam desnecessários se a reforma sanitária e os princípios do SUS fossem realmente respeitados. (entrevistada AS4)

Na direção das discussões acerca da humanização e do processo de trabalho em saúde, uma das locuções presentes diz respeito à integralidade. Mattos (2001) defende que a integralidade comporta valores cruciais no cotidiano das políticas de saúde e que os mesmos merecem ser revisitados e defendidos. A integralidade está intrinsecamente associada à capacidade e à sensibilidade dos profissionais de saúde em abordar as situações, em se confrontar com limites de sua ação e em procurar incorporar revisões e redefinições de seus processos de trabalho. Qualquer um dos três sentidos da integralidade apontados pelo autor – princípio orientador das práticas; princípio organizador das políticas e princípio organizador do trabalho – implica "uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo" (Mattos, 2001, p.61). A integralidade, retomada nas discussões contemporâneas reafirma muitos dos temas que a PNH evoca como princípios. A diferença talvez seja que o princípio da integralidade está na letra constitucional, no capítulo da saúde, enquanto a humanização surge como uma tendência das últimas décadas, mais precisamente dos anos 2000 - apesar de encontrarmos na literatura referências a tal discurso desde a década de 1960 (Benevides, Passos, 2005), como apontamos anteriormente.

Destaca-se também que a proposta de PNH ainda gera polêmicas tendo em vista que resulta na condição de humanizar o humano, o que, de certa forma, causa estranhamento especialmente para profissionais da saúde.

Então realmente, o SUS em termos de fundamento realmente é maravilhoso, o assunto é justamente a questão de humanizar o humano, é que as pessoas acabam no dia a dia se tornando mais difíceis de se relacionar, paciente funcionário, entre os próprios funcionários, a questão do acompanhante, ele é sempre visto como alguém que vem pra se meter, pra incomodar, e na verdade não é nessa perspectiva que a gente deveria trabalhar. E infelizmente nós que somos pessoas humanas, acabamos pegando atalhos na comunicação, no relacionamento e isso acabo transparecendo para o paciente, ou até mesmo para outros profissionais. (entrevistada AS3)

O respeito no relacionamento com o usuário, o compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais, a equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização; a ampliação e consolidação da cidadania são palavras chaves do Projeto Ético Político do Serviço Social. Visto que por vezes os fundamentos do Projeto ético político podem significar o mesmo que alguns princípios da PNH, perguntamos as entrevistadas qual a relação da PNH com os fundamentos do Projeto Ético Político do Serviço Social. Sobre o assunto, as entrevistadas ressaltaram:

Olha, o projeto ético político ele é um projeto que provê tanto a questão de liberdade, da transformação societária, da luta pelos trabalhadores. Eu acredito que a Política Nacional de Humanização ela pode ter alguma correlação sim, quando tu vem garantir direitos, a partir do momento que tu vem garantir direitos tu faz uma correlação com o nosso projeto ético político. Eu não vejo ela como um afronto ao SUS ou um esvaziamento de direitos, como a gente tem tantas políticas dentro da saúde que ao invés de garantir direitos elas vem esvaziar direitos, eu não faço essa relação com a política de humanização. Eu acho que a partir do momento que tu garante direitos com qualquer dispositivos, com qualquer meios tu tá reforçando, aplicando o nosso projeto ético político. (entrevistada AS4)

A própria questão da humanização já está pregoada ali no Código de Ética, então eu acho que tem tudo a ver assim. [...] Então o que preconiza a Política Nacional de Humanização tá totalmente vinculado ao nosso Código de Ética. Questão de humanidade, igualdade de direitos, de ética, no atendimento com o paciente, na questão de própria ambiência, tudo isso tá tão escrito no nosso Código de Ética. (entrevistada AS2)

Trabalhar dentro do projeto ético político do serviço social é tu trabalhar com todas as dimensões, trabalhando dentro de um todo e com uma visão bem total, tu não podes trabalhar as partes. Eu acho que a PNH veio pra ver esse lado humano, e se as pessoas soubessem trabalhar o humano não precisaria ter nada de humanizado, humanizar o humano é complicado, é nesse sentido que eu vejo, as vezes a pessoa é muito teórica ou é muito pragmática e eu acho que temos que pensar num todo, e se pensarmos num todo, a humanização vai ser posta em prática. (entrevistada AS1)

Espera-se do Assistente Social a compreensão da rotina institucional para que este possa, a partir do movimento da realidade, identificar tendências e vislumbrar

encaminhamentos que atendam às necessidades da população. Como afirma Sarreta (2008), a implantação e desenvolvimento do SUS em âmbito nacional requer a atuação do Assistente Social no processo de (re)organização dos serviços, nas ações interdisciplinares e intersetoriais, no controle social, entre outras demandas, buscando fortalecer a perspectiva da universalização do acesso a bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais. Tecendo um paralelo com o campo da Saúde Pública, concordamos com Andrade e Vaitsman (2002) no que tange a uma concepção que vem se destacando: a de que o avanço na qualidade dos serviços e das ações de saúde, as preventivas ou de promoção, só é possível a partir da participação efetiva da população, que, por sua vez, tem a dimensão dos seus problemas e das possíveis soluções que atendam às suas necessidades. Convém destacar que as demandas que chegam ao Serviço Social atravessam as fronteiras das questões relativas à Política de Saúde: estão atreladas à assistência, exigindo conhecimento da rede por parte do profissional e a compreensão da saúde como um estado físico, mental e social, e não somente como a ausência de doenças.

Ao relatar sobre relação da PNH com os fundamentos do Projeto Ético Político do Serviço, a entrevistada A3 nos trouxe um caso que avaliamos interessante explicitar aqui:

É porque também, a questão do SUS, equidade, justiça social, isso tudo fazem parte do nosso Código de Ética, princípios do nosso Código de Ética, e qual a proposta do projeto ético político de serviço social, é trabalhar em prol da classe trabalhadora, em prol das pessoas menos favorecidas, então a política de humanização ela vem no sentido de tornar essa relação o melhor possível. Então quem procura o SUS, quem procura o hospital, tem que ser bem atendido, com resolutividade, efetividade é o que ele procura. Ele vem com uma queixa e ele precisa de atendimento desse problema dele, e o que que se propõe o Serviço Social, é ir ao encontro dessas necessidades dele, com certeza, garantindo direitos, encaminhando pra rede socioassistencial, se não tem aqui, mas onde tem? Não fazendo o paciente de bobo “ah vai lá que talvez tenha, pra depois ele ir lá e não ter”, e sempre no sentido de garantia de direitos.

CASO: Ontem a gente teve uma situação bem complicada aqui, teve um bebezinho que nasceu morto e a gente precisava acionar o auxílio funeral de Florianópolis, mas como tinha uma particularidade que o bebezinho tinha que sair daqui em um carro de funerária pra fazer uma exame, pra depois ter a declaração de óbito, então a Assistência Social de Florianópolis achou que se não tivesse o papel da declaração de óbito, não tinha auxílio funeral, e o auxílio tinha que ser fornecido. É difícil entender, mas assim, quando o bebezinho morre, tem duas situações, ou o médico sabe do que ele morreu, e dá o atestado de óbito, ou o médico não sabe do que o bebê faleceu e ele passa por uma necropsia, e ele teria que passar por uma necropsia, e só depois da necropsia que ia gerar a declaração de óbito, então a Assistência Social de Florianópolis não queria dar enquanto não tivesse o papel, mas o papel só ia ter depois do auxílio funeral ser acionado, porque a funerária tem que vir aqui, levar o corpinho lá pra necropsia, pra depois ter o papel. Daí o que a Assistente Social me disse “ah nós cumprimos regras aqui na assistência”, daí eu fiquei pensando, e o direito do cidadão, ele tem direito ao auxílio funeral, mas ele só pode acionar depois de ter um papel, mas o papel só pode ser, sabe? Então tu ficas pensando assim, as vezes o Assistente Social fica tão bitolado as regras, normas, e acaba não vendo que o direito do paciente ou do usuário tá sendo violado. No final ela me chamou de grossa, fez um discurso e disse que ia abrir uma exceção, mas não

é exceção, é um direito que ele tinha, ele era morador de Florianópolis, baixa renda, então no final deu. Mas assim, como a gente ainda as vezes acaba de perdendo por pouca coisa, por coisas que até que nem são importantes, na hora o que é mais importante é garantir o direito, e não é “ah eu tenho regras”, tem regras, mas as regras também foram feitas pra gente eventualmente dar conta delas, e não elas darem conta da gente. Isso no dia a dia também se expressa muito, então a gente tem que estar o tempo todo de olho na gente mesmo, se não a gente acaba ficando engessada também, infelizmente.

A procura do usuário a outras políticas, como por exemplo, da Assistência Social neste caso, sem que tenha sua demanda sanada, as fragilidades das práticas de prevenção e promoção da saúde e de outras políticas, a educação permanente dos trabalhadores bastante deficitária, as expressões neoliberais que atingem todas as políticas no seu desfinanciamento e subcontratações são fatores que contribuem para que não seja cumprido os direitos do usuário. Estes elementos contribuem, negativamente, no processo saúde/doença dos assistidos pelo sistema público de saúde.

A PNH (2008, p. 62 e 63), interpreta a integralidade como:

“Um dos princípios constitucionais do SUS garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando, desde ações assistenciais, até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção da saúde. Prevê-se, portanto, a cobertura de serviços em diferentes eixos, o que requer a constituição de uma rede de serviços (integração de ações), capaz de viabilizar uma atenção integral. Por outro lado, cabe ressaltar que por integralidade também se deve compreender a proposta de abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais.”

É importante ressaltar que o usuário não se resume a uma doença, ele deve ser entendido em suas múltiplas necessidades, seja em relação à saúde física, psicológica, social ou espiritual. É possível constatar que um fator que tem contribuído para a desumanização das relações no campo da saúde é a fragmentação do sujeito. Analisado em “partes”, o usuário não é visto de forma ampla e não se realiza uma análise dos determinantes sociais que contribuem para o surgimento do binômio saúde/doença.

As diferentes interpretações das relações PNH E Princípios do SUS e PNH e Projeto ético Político do Serviço Social fazem com que a PNH seja pautada em qualidades como afetividade e bondade. Entretanto, é necessária uma análise mais profunda da sociedade e do homem para que possamos compreender que a humanização é *operacionalizada* por indivíduos e que, durante este processo, refletem diferentes modos de interpretar a realidade social e preferências político-ideológicas, e desempenham ações que expressam o sistema de ensino a que tiveram acesso, entre outros elementos. A investida avassaladora do neoliberalismo tem atingido a área da saúde em vários aspectos, fazendo com que os serviços prestados deixem a desejar. Todavia, o PNHAH e a PNH não discutiram os elementos

problemáticos que surgem no cotidiano das instituições de saúde espalhadas pelo país, tais como: financiamento insuficiente, número de profissionais aquém do necessário, inexistência de um plano de carreira, cargos e salários para os funcionários do SUS, estruturas inadequadas para o atendimento acolhedor e resolutivo, entre outros aspectos. A ausência destes elementos e a não observância do SUS, conforme descrito no texto constitucional, contribuem para que as ações desempenhadas, cotidianamente, nos serviços de saúde sejam desumanizadas, pois o trabalhador, diariamente, tem sua força de trabalho desapropriada e alienada, executando seu trabalho sob condições inadequadas. Sendo assim, não é capaz de expressar um atendimento humanizado, mesmo que sua intenção seja essa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de humanização conta com um acúmulo considerável de representações no campo de saúde, que varia da interpretação romântica da atuação profissional – baseada muitas vezes na escuta acrítica e no alívio de tensões –, à sua consideração enquanto obstáculo a um exercício comprometido com os princípios do SUS. Tais concepções antagônicas fazem com que a interpretação sobre a humanização represente ainda um desafio conceitual, ético e político.

Nesse sentido, para cumprir o propósito do presente estudo, realizamos um resgate dos principais elementos precursores da Política Nacional de Humanização no Brasil e de sua implementação na saúde. Ao fazer isso, percebemos que discutir a humanização na saúde nos convoca a repensar os elementos que balizam o trabalho e a formação profissional do Assistente Social, diante de tal discussão, dedicamos o segundo capítulo para falar sobre o Serviço Social na humanização.

A humanização surgiu em 2000 por meio do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em consonância com outras experiências localizadas no SUS direcionadas para melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços prestados pelo SUS. Em 2003, foi oficializada a PNH é elaborado a Política Nacional de Humanização (PNH), com o propósito de “valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2012, P.8), visando efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde. A conjuntura política em que ocorreram estas ações foi pautada pela lógica neoliberal, que representou o distanciamento de uma universalidade do direito à saúde, privatizações estatais, desfinanciamento da saúde pública e a não efetivação de um plano de carreira, cargos e salários para os funcionários do SUS.

A pesquisa possibilitou concluir que a lógica neoliberal adotada pelo governo de FHC, na década de 1990, tem se perpetuado nos governos que o sucederam, já que a saúde como direito de todos e dever do Estado parece cada vez mais difícil de se materializar. Os Programas de Humanização e, posteriormente, a PNH, a nosso ver, se caracterizaram como mecanismos para apresentar uma aparência de preocupação e de ação frente aos dilemas vividos no cotidiano dos serviços de saúde. No entanto avaliamos que a PNH por vezes não considerou os documentos ministeriais que ressaltam a importância de elementos como recursos humanos; materiais e infraestrutura para o sistema de saúde; planos de carreira; cargos e salários; participação efetiva nos processos de gestão; recursos materiais e físicos

para a assistência adequada aos usuários; incentivos para a educação permanente. Identificamos que estas questões parecem secundarizadas na PNH. A humanização consiste num *chamamento aos profissionais de saúde* para trabalharem nesta direção, colocando em grande parte, senão toda, a responsabilidade deste projeto nos ombros dos trabalhadores da saúde, cabendo a estes, traçar estratégias para o atendimento nos serviços de saúde.

Consideramos que a PNH não é suficiente para dar conta dos problemas existentes no SUS. Existe uma lacuna entre as propostas do SUS, a PNH e o modo como estes são operacionalizados pelos profissionais no cotidiano das instituições de saúde pelo país. O arcabouço legal da saúde (Constituição Federal de 1988, Lei nº 8.080, Lei nº 8.142) não foi efetivado segundo o texto constitucional, seguindo uma lógica de direitos sociais.

A realização da pesquisa empírica possibilitou vislumbrar essas lacunas no cotidiano das profissionais de Serviço Social nas cinco instituições hospitalares que foi realizado a pesquisa. A humanização dos serviços de saúde, em especial, do atendimento hospitalar, mostrou-se um assunto complexo, com várias implicações que vão desde a própria compreensão do que venha a ser a "humanização", até a operacionalização de algo que parece simples e que, na maioria das vezes, não se efetiva.

Através de estudo, sugerimos que para avançar na discussão da humanização, é fundamental, apostar na *efetivação* de algumas sugestões:

- ✓ Realizar de reuniões para discutir a possibilidade e viabilidade de montar um Grupo de Trabalho nas instituições que relataram não ter o grupo;
- ✓ Capacitar os GTH's e trabalhadores de saúde em PNH;
- ✓ Articular constante com o Colegiado Estadual de Humanização, afim de, aumentar o vincular com a rede de humanização e fortalecer as ações de humanização no Estado;
- ✓ Desenvolver um plano de ação de humanização na Instituição e apresentar para usuários, trabalhadores e gestores, afim de fortalecer vínculos;
- ✓ Disponibilizar um sistema de escuta qualificada para usuários de trabalhadores;
- ✓ Efetivar projeto cogерidos em ambiência, afim de, adequar as estruturas físicas das instituições para um atendimento mais humanizado;
- ✓ Oferecer educação permanente para os profissionais, envolvendo um estudo aprofundado dos fundamentos e do arcabouço legal do SUS e relacionando-os com a proposta da PNH;
- ✓ Realizar eventos que discutam a política de saúde brasileira e sua conjuntura atual, sobretudo em Florianópolis e Santa Catarina;
- ✓ Propor o engajamento efetivo da Direção Geral de cada Instituição Hospitalar.

- ✓ Fazer um levantamento dos problemas hospitalares com apontamentos de soluções para o atendimento hospitalar.
- ✓ Desenvolver ações de promoção e prevenção em saúde.

Cogitamos que esta pesquisa não esgota as análises e reflexões a respeito desta temática, sendo pertinente a realização de novos estudos que contemplem a humanização no SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AROUCA, A.S.S. Saúde e Democracia. Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília, 1987.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface – Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, 2005.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Política Social: fundamentos e história. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BEHRING, E. R. Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.
- BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. A Política de Saúde no Governo Lula: algumas reflexões In Revista nº 9. Brasília: CEFESS, 2004.
- BRAVO, M. I. e MATOS, M. C. O projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária. São Paulo: Cortez, 2006.
- BRAVO, M. I. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e práticas profissionais. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.
- BRAZ, M. O governo Lula e o Projeto Ético-Político do Serviço Social. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 78, 2004.
- BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dez. de 1990. Brasília, 1990.
- _____. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.
- _____. Lei nº 8.080 de 19 de set de 1990. Brasília, 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1989.
- _____. Ministério da Saúde. Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – PNH. Brasília, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004.

_____. Portal Saúde. Ações e Programas. Brasília 2015. Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>>. Acesso em 15 de outubro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Seminário 10 anos da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2013.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, São Paulo, 2010.

_____. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. CFESS. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Seminário 10 anos da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2015.

_____. Centro Cultural do Ministério do Saúde. Brasília, 2010. Disponível em: <www.ccms.saude.gov.br/sus20anos/mostra/operacoesdasaude.html>. Acesso: 23 de dez. de 2015.

CONCEIÇÃO, T. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. Brasília, 2009.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Ribeirão Preto, 2005.

CRM/SP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Levantamento sobre a quantidade e as causas dessas agressões de médicos. São Paulo, 2015.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2005.

DINIZ, SG & Chacham, A. Humanização do Parto: Dossiê. Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – São Paulo, 2002.

SCOREL, S., NACIMENTO, D. R., e EDLER, F.C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. Rio de Janeiro, 2005.

FREIRE, P. Ação Cultural para Liberdade e Outros Escritos. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

INSTITUTO DATAFOLHA, CFM. Opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área de saúde. Outubro de 2015. In. <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentao-integratafolha203.pdf>. Acesso em 12 de outubro de 2015.

IAMAMOTO, M. V. El debate contemporáneo del Servicio Social y la ética profesional. São Paulo, 2005.

KRÜGER, T. R. Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. Revista Serviço Social e Saúde. UNICAMP Campinas, 2010.

_____. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. Rev. katálysis vol.17 no.2 Florianópolis, 2014

MINAYO. M. C. S (org). Pesquisa Social: Teoria Método e Criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes 1994.

MATOS, M. C. O debate do Serviço Social na saúde dos anos 90. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, 2003.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saude Publica, v.20, n.5, p.1411-6, 2001.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. O governo Lula e a contra-reforma previdenciária. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, 2005.

MIOTO, R. C; ALVES, F; GERBER. A Política Nacional de Humanização e o Serviço Social: elementos para o debate. Serviço Social & Saúde Campinas v. 6 n. 6 p. 1–170 Maio 2007

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BÓGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 44-57, set./dez. 2004.

NOGUEIRA, VM; MIOTO, RC. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. Serviço Social e Saúde. São Paulo, 2006.

NETTO, José Paulo. Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social pós-64. 3.ed. São Paulo, 1996.

REHUNA, Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento, Brasília, 1993. Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>>. Acesso em 15 de outubro de 2015.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Rio de Janeiro, 2007.

SOARES, R. C. A contrarreforma da Política de Saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social. Recife, 2000

SOUZA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, 2008.

VASCONCELOS, Ana Maria. A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2011.

VIANA, Rejane Vieira. A humanização no atendimento: construindo uma nova cultura. Brasília, 2004.

APÊNDICE 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro Socioeconômico
Departamento de Serviço Social

Título Projeto de TCC: A Política Nacional de Humanização e as ações do Serviço Social em Instituições Hospitalares¹

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acadêmica Vanusa Floriani Lopes,
Profª Drª Tânia Regina Krüger

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: “A Política Nacional de Humanização e as ações do Serviço Social em Instituições Hospitalares”. A pesquisa se justifica, pois nos dias de hoje é muito comum ouvir falar em nosso cotidiano sobre as longas filas de espera no SUS, pacientes amontoados em corredores por falta de leito, falta de recursos humanos, hospitais mal equipados, falta de medicamentos básicos, falta de financiamento efetivo, entre outras. Estes temas vêm comprometendo cada vez mais a imagem do Sistema Único de Saúde. Diante de todo este cenário, se faz necessário mudanças no modelo do Sistema Único de Saúde, e como uma espécie de remédio com efeito placebo o Ministério da Saúde criou a PNH.

Dessa forma, torna-se importante analisar os fundamentos da PNH em relação aos princípios do SUS, os meios de disseminação da política, bem como o trabalho do Assistente Social junto a esta política.

O objetivo dessa pesquisa é Conhecer a Política Nacional de Humanização e as ações do Serviço Social nas instituições hospitalares da Grande Florianópolis.

O procedimento de coleta de dados será da seguinte forma: será realizados 1 ou 2 entrevistas presenciais e gravadas por hospital, seguindo roteiro semi-estruturado com as profissionais de Serviço Social. Para a tabulação de dados, as entrevistas serão transcritas, os formulários sistematizados e em seguida será identificado as relevâncias, ênfases, ausências, contradições que apareceram em cada uma das questões norteadoras da entrevista.

Visto que o item 5 da Resolução 466/2012 do CNS indica que *toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados*, esta forma de pesquisa, envolvendo entrevistas, trata-se de um projeto com risco mínimo, neste sentido supomos que eventualmente, mesmo você tendo conhecimento dos objetivos da pesquisa, poderá sentir algum desconforto com as perguntas e as reflexões que delas decorrem. Este possível desconforto pode ser em relação ao seu setor de trabalho, ao hospital que atua, ao vínculo trabalhista com a Secretaria de Estado da Saúde e mesmo em relação as particularidades e tendência teórico-políticas que envolvem o exercício profissional do Serviço Social atualmente.

¹ O projeto da referida pesquisa foi submetido na Plataforma Brasil, analisado pelo Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, recebendo parecer favorável à sua realização, sob o número de parecer 1.286.102, homologado no dia 19 de outubro de 2015.

Como forma de evitar qualquer risco, tanto você entrevistada (o) quanto aos seus setores de trabalho serão identificados por siglas ou nomes atribuídos aleatoriamente, de modo a assegurar a confidencialidade, a privacidade, a preservação da identidade e a não estigmatização de sua participação na pesquisa. A utilização das informações se fará mediante procedimentos e linguagem científica e analítica, inclusive de modo a não atingir sua autoestima, respeitando os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos.

O material e os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para a finalidade mencionada no objetivo da pesquisa.

Este estudo beneficiará aos participantes de forma indireta ao se considerar a dimensão intelectual, a científica e a teórica da Política de Humanização no SUS e do Serviço Social.

Caso a (o) senhora (o) aceite participar deste estudo, permitirá que a pesquisadora utilize, para fins de pesquisa e publicação, os dados coletados através da entrevista, mantendo sempre sigilo absoluto em relação à sua identidade pessoal e de vínculo institucional. Seu nome e sua instituição de trabalho, não será, de maneira alguma, incluso em qualquer forma de publicação da pesquisa em questão.

Você será esclarecida (o) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Para deixar de fazer parte da pesquisa e/ou caso tenha dúvidas, favor entrar em contato a pesquisadora principal Vanusa Floriani Lopes, telefone (48) 9635-7341, e-mail vanusaflopes06@hotmail.com ou a pesquisadora responsável Profª Drª Tânia Regina Krüger, telefone (48) 8844-0734, e-mail tania.kruger@ufsc.br.

Eu, _____, RG nº _____, tendo recebido detalhadamente as informações acima e ciente dos meus direitos, concordo em participar deste estudo e assino abaixo.

Florianópolis, ____/____/____

Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data

APÊNDICE 2. ROTEIRO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro Socioeconômico
Departamento de Serviço Social

Título Projeto de TCC: A Política Nacional de Humanização e as ações do Serviço Social em Instituições Hospitalares¹

Acadêmica Vanusa Floriani Lopes,
Profª Drª Tânia Regina Krüger

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data da Entrevista: _____

Número da Entrevista: _____

1 - Identificação do perfil sócio ocupacional

- 1.1 Local de trabalho
1.2 Sexo: F () M () 1.3 Idade
1.4 Ano de colação de grau como Assistente Social
1.5 Função na Instituição
1.6 Há quanto tempo atua na área da saúde?
1.7 Tempo de trabalho na Instituição
1.8 Carga horária semanal na Instituição
1.9 Tipo de contrato de trabalho: () Estatutário () Celetista efetivo () Celetista temporário () terceirizado

2.0 – A Política Nacional de Humanização na Instituição

- 2.1 A Instituição possui Grupo de Trabalho de Humanização - GTH?
2.2 Com que frequência se reúnem?
2.2 Quem participa?
2.3 Que ações desenvolve?

3.0 A Política Nacional de Humanização e o Serviço Social

- 3.1 Como o Serviço Social participa do GTH? Com que frequência? Que ações desenvolve?

¹ O projeto da referida pesquisa foi submetido na Plataforma Brasil, analisado pelo Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, recebendo parecer favorável à sua realização, sob o número de parecer 1.286.102, homologado no dia 19 de outubro de 2015 (vide anexo 1).

3.2 O que você conhece da PNH?

3.3 Qual a relação da PNH com os fundamentos do SUS?

3.4 Qual a relação da PNH com os fundamentos do Projeto Ético Político do Serviço Social?

ANEXO 1. PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As ações do Serviço Social em relação Política Nacional de Humanização em Hospitais

Pesquisador: Tânia Regina Krüger

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 45672815.1.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.286.102

Apresentação do Projeto:

Projeto da acadêmica Vanusa Floriani Lopes, sob orientação da profa. Dra. Tania Regina Krüger, que pretende realizar uma pesquisa empírica através de entrevistas com 12 Assistentes Sociais de Hospitais da Grande Florianópolis, afim de, identificar no seu exercício profissional as ações que se relacionam com a Política Nacional de Humanização.

Inicialmente, se fará um mapeamento dos Hospitais da Grande Florianópolis que desenvolvem ações de humanização na Instituição. Dentre as entidades a ser realizado o mapeamento estão: Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes; Instituto de Cardiologia de Santa Catarina; Hospital Infantil Joana de Gusmão; Hospital e Maternidade Carmela Dutra; Hospital Nereu Ramos e Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago e Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Logo após identificar quais hospitais produzem ações, será realizado a pesquisa empírica de natureza qualitativa, com realização de 1 ou 2 entrevistas presenciais seguindo roteiro semi-estruturado com as/os profissionais de Serviço Social de cada instituição.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Conhecer as ações do Serviço Social em relação à Política Nacional de Humanização nas instituições hospitalares da Grande Florianópolis.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.286.102

Secundários:

- 1) Conhecer a Política Nacional de Humanização no contexto histórico da implementação do Sistema Único de Saúde;
- 2) Identificar no exercício profissional do Assistente Social nos hospitais as ações que se relacionam com a Política Nacional de Humanização.
- 3) Elaborar relatório de pesquisa que será apresentado como trabalho de conclusão de curso e avaliado por banca examinadora, como requisito para integralização do curso de Serviço Social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: algum desconforto com as perguntas e as reflexões que delas decorrem. Este possível desconforto pode ser em relação ao seu setor de trabalho, ao hospital que atua, ao vínculo trabalhista com a Secretaria de Estado da Saúde e mesmo em relação as particularidades e tendência teórico-políticas que envolvem o exercício profissional do Serviço Social atualmente. O profissional ficará ciente de que, se sentir possível desconforto, pode desistir de continuar participando como entrevistado da pesquisa.

Benefícios: Aproximação com Política Nacional de Humanização no contexto histórico da implementação do Sistema Único de Saúde; Contribuição para discussão crítica referente a PNH e do SUS; Contribuir para a produção do conhecimento sobre o exercício profissional do assistente social, particularmente na área da saúde e ações que se vinculam a PNH.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os riscos foram adequadamente previstos e incluídos no formulário da Plataforma Brasil e TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado novo modelo de TCLE, contendo os riscos.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	24/09/2015		Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.286.102

Básicas do Projeto	ETO_505560.pdf	10:19:51		Aceito
Outros	RESPOSTACEP.docx	24/09/2015 10:17:56	Vanusa Floriani Lopes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECORRIGIDO.docx	24/09/2015 10:06:46	Vanusa Floriani Lopes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCORRIGIDO.docx	24/09/2015 10:04:56	Vanusa Floriani Lopes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de consentimento 21 07 2015.docx	21/07/2015 11:49:05		Aceito
Outros	Hospital Infantil diretor.pdf	21/07/2015 09:59:04		Aceito
Outros	Resposta ao CEP Pendência 20 07 2015.docx	19/07/2015 18:21:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de consentimento modificado 14 07 2015.docx	14/07/2015 17:05:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto TCC Vanusa Floriani Lopes modificado 13 07 2015.docx	14/07/2015 17:02:40		Aceito
Outros	Resposta ao CEP.docx	27/06/2015 13:18:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto TCC Vanusa Floriani Lopes modificado.docx	27/06/2015 13:14:36		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo de consentimento modificado.docx	27/06/2015 13:13:09		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	30/05/2015 10:48:47		Aceito
Outros	Nereu Ramos.pdf	26/05/2015 18:10:54		Aceito
Outros	regional.pdf	25/05/2015 10:31:05		Aceito
Outros	Instituto de Cardiologia.pdf	25/05/2015 10:30:49		Aceito
Outros	Infantil setor SS.pdf	25/05/2015 10:30:35		Aceito
Outros	HU.pdf	25/05/2015 10:30:18		Aceito
Outros	celso ramos.pdf	25/05/2015		Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.286.102

Outros	celso ramos.pdf	10:30:05		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carmela dutra setor SS.pdf	25/05/2015 10:29:50		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carmela dutra.pdf	25/05/2015 10:29:38		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo de consentimento.docx	25/05/2015 10:22:04		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto TCC Vanusa Floriani Lopes.docx	25/05/2015 10:21:46		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 19 de Outubro de 2015

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

