

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JULIO DE MESQUITA
FILHO” FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

Rute Cristina Barbosa Morais Silva

**O TRABALHO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NA IMPLEMENTAÇÃO
DA POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE:
CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS**

**Franca/SP
2022**

RUTE CRISTINA BARBOSA MORAIS SILVA

**O TRABALHO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NA IMPLEMENTAÇÃO
DA POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE:
CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para obtenção de Título de Mestre em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade

Linha de pesquisa: Serviço Social: Formação e Trabalho Profissional

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cirlene Aparecida Hilário da Silva Oliveira

**Franca/SP
2022**

FICHA CATOLOGRÁFICA

S586t Silva, Rute Cristina Barbosa Morais
O trabalho da/o assistente social na implementação da Política Estadual de Humanização na saúde: contribuições e desafios / Rute Cristina Barbosa Morais Silva. -- Franca, 2022
127 p. : mapas

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca
Orientadora: Cirlene Aparecida Hilário da Silva Oliveira

1. Humanização na saúde. 2. Sistema Único de Saúde (SUS). 3. Serviço Social. 4. Trabalho Profissional. 5. Covid-19. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

Rute Cristina Barbosa Morais Silva

**O TRABALHO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NA IMPLEMENTAÇÃO
DA POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE:
CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Linha de Pesquisa: Serviço Social: Formação e Trabalho Profissional.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____

Profa. Dra. Cirlene Aparecida Hilário da Silva Oliveira

1ª Examinadora: _____

Profa. Dra. Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni

2ª Examinadora: _____

Profa. Dra. Carla Agda Gonçalves

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho as minhas filhas e meu esposo, pelos momentos de ausência e por existirem em minha vida. Aos meus pais, em sinal de gratidão. As minhas irmãs, irmãos e sobrinhos(as), como exemplo de que conseguimos quando nos esforçamos e temos fé. A minha amiga e assistente social, Renata Almeida, pela parceria e profissionalismo. Aos profissionais de saúde, que mesmo diante a tantos desafios continuam firmes na missão de servir.

AGRADECIMENTOS

Enfim é chegado o momento de agradecer.

Agradecer pela coragem de começar, pela fé para não desistir, pela família por compreender, pelos amigos e colegas por incentivar e apoiar.

E neste momento, GRATIDÃO traduz meu sentimento.

Quando adentrei por esse caminho não imaginava que seria atravessado por uma pandemia. Foi uma longa caminhada, com dias alegres, tristes, difíceis, mas sempre ao lado de pessoas especiais.

Cada momento em nossa vida é único. E no percurso Deus vai colocando em nosso caminho pessoas especiais. Cada qual com seu dom, sua sabedoria...um ombro, uma palavra, um abraço, um sorriso, aquilo que é dado de forma sincera e generosa e recebido e retribuído com carinho e respeito.

Ninguém pode dar aquilo que não tem. E felizmente pelo caminho nos deparamos com pessoas com muito a nos oferecer.

E, nesse momento tão especial em minha vida, uma conquista profissional e pessoal, não poderia deixar de agradecer aos amigos sinceros que acreditaram em mim, me incentivaram e apoiaram, mesmo nos momentos mais difíceis.

Agradecer aos novos amigos “presentes” no caminho...docentes, discentes, em especial aos do querido GEFORMSS.

A grande orientadora, mestre, incentivadora, amiga, exemplo de sabedoria e generosidade, Profa. Cirlene.

Ao meu esposo (Reinaldo Silva) e minhas filhas (Mariane e Manuela), que compartilharam comigo das dificuldades, angústias e alegrias dessa caminhada.

E acima de tudo, a Deus, por fortalecer a minha fé e me conceder saúde.

E assim sigo caminhando...

“Nenhuma exigência desta vida é inútil. Mesmo as dificuldades contribuem para desenvolver a nossa capacidade. Existe uma beleza heroica nas pessoas que, em meio a uma grande dificuldade, se reerguem resolutamente. As dificuldades nos dotam, de certos valores. O que julgamos dificuldades, na verdade não o é; o que julgamos facilidade, na verdade não o é. Sigamos em frente, desviando-nos quando for necessário desviar, curvando-nos quando for necessário curvar. Ora seguindo por caminhos íngremes, ora enfrentando corredeiras, a Vida avança...” (Taniguchi; Taniguchi, 2002, p. 87).

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo analisar e refletir criticamente acerca do trabalho da/o assistente social na implementação da Política Estadual de Humanização (PEH), na Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 13, macrorregião Nordeste do estado de São Paulo. A PEH foi criada em julho de 2012, tendo como tarefa integrar e potencializar as ações de humanização já desenvolvidas, considerando além das diretrizes e método da Política Nacional de Humanização (PNH), as necessidades da população e do gestor do estado de São Paulo, bem como o perfil do sistema de saúde local. A partir do referencial teórico do materialismo histórico-dialético, buscamos apreender a trajetória histórica percorrida pelo tema humanização até se constituir como uma Política, ganhando espaço nas discussões entre usuários, profissionais e gestores da saúde como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, de modo a alcançar a qualificação da atenção e da gestão, e efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um estudo de caráter exploratório e qualitativo, com pesquisa bibliográfica, documental e de campo, cuja fonte empírica se ancora nas entrevistas semiestruturadas, com uso de roteiro de entrevista, disponibilizado de forma online, com questões abertas e fechadas, tendo como participantes os assistentes sociais e demais profissionais de saúde requisitados a integrar os Centros Integrados de Humanização (CIH), espaços propostos pela PEH para implementação dessa política na região de saúde supracitada, e como recorte temporal a publicação da Resolução SS nº 13, de 05/02/2014 que coloca no rol de indicadores obrigatórios às instituições de saúde prestadoras de serviço ao estado de São Paulo, o cumprimento das metas propostas pela PEH. Por meio da reflexão crítica e correlação com o referencial teórico metodológico do Serviço Social identificamos que o assistente social por sua habilidade na compreensão da realidade, pela experiência com o trabalho interdisciplinar e pela defesa dos direitos sociais, alicerces de sua formação e projeto ético-político, tem participado da construção coletiva de estratégias para efetivação do SUS universal, integral e humanizado e enfrentamento as dificuldades e desafios frente ao cenário contemporâneo e os impactos da Pandemia Covid 19.

Palavras-chave: Humanização. SUS. Serviço Social. Trabalho Profissional. Covid-19

ABSTRACT

The present study aims to analyze and critically reflect on the work of social workers in the implementation of the State Humanization Policy (PEH), in the Regional Health Care Network (RRAS) 13, in the Northeast macro-region of the state of São Paulo. The PEH was created in July 2012, with the task of integrating and enhancing the humanization actions already developed, considering, in addition to the guidelines and method of the National Humanization Policy (PNH), the needs of the population and the manager of the state of São Paulo, as well as the profile of the local health system. From the theoretical framework of historical-dialectical materialism, we seek to apprehend the historical trajectory taken by the humanization theme until it became a Policy, gaining space in the discussions between users, professionals and health managers as a strategy of interference in the health production process, in order to achieve the qualification of care and management, and implementation of the principles and guidelines of the Unified Health System (SUS). This is an exploratory and qualitative study, with bibliographical, documentary and field research, whose empirical source is anchored in semi-structured interviews, using an interview script, available online, with open and closed questions, with the aim of participants, social workers and other health professionals required to integrate the Integrated Humanization Centers (CIH), spaces proposed by the PEH for the implementation of this policy in the aforementioned health region, and as a temporal cut the publication of Resolution SS nº 13, of 05/ 02/2014 that places in the list of mandatory indicators for health institutions providing services to the state of São Paulo, the fulfillment of the goals proposed by the PEH. Through critical reflection and correlation with the theoretical and methodological framework of Social Work, we identified that the social worker for his ability to understand reality, for his experience with interdisciplinary work and for the defense of social rights, foundations of his formation and ethical-political project , has participated in the collective construction of strategies for the realization of the universal, integral and humanized SUS and facing the difficulties and challenges facing the contemporary scenario and the impacts of the Covid 19 Pandemic.

Keywords: Humanization. SUS. Social Service. Professional work. Covid-19

LISTA DE FIGURAS ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Mapa Redes Regionais de Atenção à Saúde	14
Figura 2: Figura 2 – Mapa Divisão geográfica da RRAS 13	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Cronograma – Etapas de trabalho do PNHAH	42
Quadro 2: Etapas de implantação da PEH de 2011 a 2014	53
Quadro 3: Objetivos específicos e indicadores definidos no Plano Estadual de Saúde 2012-2015	63
Quadro 4: Parâmetros de implementação da PEH nas unidades	65
Quadro 5: Parâmetros de implementação da PEH a partir de 2019	66
Quadro 6: Composição dos Grupos de Macrorregionais	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIH	Centro Integrado de Humanização
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
COSEMS	Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde
DRS	Direções Regionais de Saúde
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
NTH	Núcleo Técnico de Humanização
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEH	Política Estadual de Humanização
PIH	Plano Institucional de Humanização
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPI	Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde
RRAS	Rede Regional de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SES/SP	Secretaria Estadual de Saúde do estado de São Paulo
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

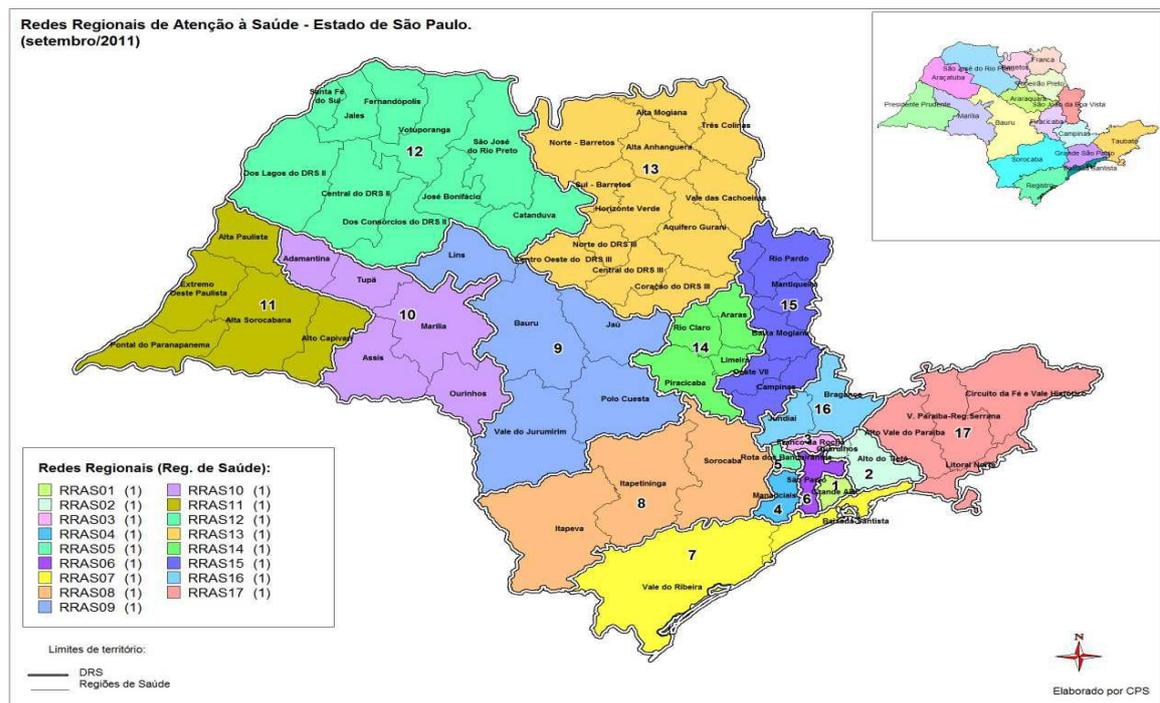
SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS	14
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	18
CAPÍTULO 1 – O SUS E A HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE	25
1.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO SUS – AVANÇOS E DESAFIOS.....	25
1.2 CONCEITO E HISTÓRIA DA HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE	36
1.3 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH) – PRINCÍPIOS E DIRETRIZES	39
CAPÍTULO 2 – A POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE (PEH) 51	
2.1 HISTÓRICO DA HUMANIZAÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO	51
2.2 LINHAS DE AÇÃO E METODOLOGIA DE IMPLANTAÇÃO	54
2.2.1 A Formação dos Centros Integrados de Humanização	54
2.2.2 Apoio Técnico e Formação em Humanização	58
2.2.3 Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Resultados	61
2.3 OS GRUPOS MACRORREGIONAIS E A IMPLANTAÇÃO DA PEH	67
2.3.1 Grupos Macrorregionais 2 – Sob o olhar da Humanização	70
CAPÍTULO 3 – A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO E O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	81
3.1 GESTÃO PARTICIPATIVA E COGESTÃO – POTENCIALIZADORES DA HUMANIZAÇÃO	81
3.2 O SERVIÇO SOCIAL E SUA INTERFACE COM A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE	88
3.3 A HUMANIZAÇÃO NO CENÁRIO ATUAL – PERSPECTIVAS E DILEMAS ..	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	113
APÊNDICES	125

CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS

A intenção de pesquisar o trabalho do assistente social na implementação da Política de Humanização foi motivada pelo exercício profissional como assistente social, supervisora e responsável técnica do Centro Integrado de Humanização da Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca/SP, denominada Santa Casa de Franca. Esta Santa Casa está situada no município de Franca, pertencente a Rede Regional de Atenção à Saúde¹ (RRAS) 13, que se localiza na macrorregião Nordeste do Estado de São Paulo e é composta pelos Departamentos Regionais de Saúde de Araraquara (DRS III), Barretos (DRS V), Franca (DRS VIII) e Ribeirão Preto (DRS XIII), com 90 municípios agregados em 12 diferentes Regiões de Saúde abrangendo uma população de cerca de 3.628.762 habitantes (SEADE, outubro 2022).

Figura 1 – Mapa Redes Regionais de Atenção à Saúde. Estado de São Paulo, 2011



O Departamento Regional de Saúde VIII – Franca é constituído por 03 Regiões de Saúde: Três Colinas, composta por 10 municípios; Alta Mogiana, composta por 06 municípios; e Alta Anhanguera, composta por 06 municípios;

¹ São definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MENDES, 2011).

totalizando 22 municípios. A Região de Saúde Três Colinas é onde se concentra mais da metade da população da área de abrangência do DRS VIII, correspondente a 59,57% da população total deste DRS e de 19,46% da população que compõe a RRAS 13. É nessa Região de Saúde que está situada a Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca, instituição de maior densidade tecnológica, referência para os 22 municípios do DRS VIII.

O trabalho profissional como assistente social na referida instituição teve início em 2003, mediante contrato de trabalho celetista, com jornada de 220 horas mensal, com carga horária de 08h48min. por dia (até alteração da legislação que regulamenta a carga horária do assistente social²). A diversidade e complexidade das linhas de cuidado propiciaram atuar de forma interdisciplinar nas múltiplas expressões da questão social, direta ou indiretamente ligadas a prevenção, recuperação e promoção da saúde. Após 11 (onze) anos de trabalho em diferentes setores da instituição, em fevereiro de 2014, veio a solicitação para trabalhar na implementação da Política de Humanização. Essa necessidade fora decorrente da assinatura de um convênio entre a instituição e o Estado, para o repasse de subsídio financeiro, de acordo com a Resolução SS nº 13, de 05-02- 2014, que “determina critérios para acompanhamento e manutenção dos repasses financeiros referentes ao Auxílio Financeiro às Instituições Filantrópicas - Santas Casas SUSTentáveis³ e dá outras providências” (SÃO PAULO, 2014).

Para definir os valores repassados aos hospitais filantrópicos do estado de São Paulo eles foram divididos em três classificações: Hospitais Estruturantes (de grande porte, de referência em atendimentos complexos, como UTI Neonatal, cirurgias cardiovasculares e torácicas, neurocirurgias e hemodiálise), Estratégicos (de médio porte, que atuam como retaguarda aos Estruturantes) e Apoio (considerados de pequeno porte, para internações de longas permanências). Com relação aos incentivos, tais modalidades recebem respectivamente 70%, 40% e 10% sobre os valores aprovados de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, os quais totalizaram em 2014 o repasse de R\$ 351 milhões (COSEMS/SP, 2014 apud PIRES et al, 2017, p. 20).

² Lei 12.317/2010 - define a jornada de trabalho de 30 horas semanais para os assistentes sociais sem redução salarial.

³ Palavra escrita de acordo com Resolução SS nº 13, de 05-02-2014.

Ao aderir a esse convênio as Santa Casas deveriam atender cumulativamente doze exigências do convênio de prestação de serviços de saúde, sendo uma delas, cumprir as metas propostas na Política Estadual de Humanização (PEH) do estado de São Paulo⁴. Como estratégia e metodologia de implantação da PEH foi proposto a criação de grupos técnicos de humanização para discussão e proposição de novas práticas e para ampliar a participação e representatividade das diversas áreas e níveis de atenção nas atividades de humanização. Esse espaço é denominado de Centro Integrado de Humanização (CIH) cuja principal atribuição dos profissionais que os compõe é a articulação entre equipes e serviços, favorecendo a integralidade do cuidado, oferecendo apoio, acolhimento, orientação e gestão do acompanhamento por equipe psicossocial de referência aos usuários do sistema público de saúde, com ênfase aos de maior vulnerabilidade (SÃO PAULO, 2012b).

Sendo assim, dada a necessidade de implantação da PEH, em março de 2014, a Santa Casa de Franca cria o seu Centro Integrado de Humanização, em consonância com a Resolução SS - 116, de 27/11/2012 que define sobre a constituição e composição dos CIH's (no mínimo, dois profissionais com dedicação exclusiva), sendo o assistente social um dos profissionais a compor esse espaço na Santa Casa de Franca. Cabe ressaltar que os assistentes sociais, junto aos demais profissionais dos serviços de saúde, têm sido requisitados a integrar os CIHs, participando da implementação da Política de Humanização no SUS.

O trabalho como supervisora, responsável pela implementação da Política de Humanização configurou-se num grande desafio profissional tendo em vista a adversidade do cenário institucional, e de modo geral das Santas Casas no Brasil, quando aderiram ao Programa Santas Casas SUSTentáveis. Essas instituições anunciavam a possibilidade de fechar as portas, interromper os atendimentos a população e realizar demissões, em decorrência do subfinanciamento do SUS, do endividamento, da falta de recursos para pagar os fornecedores e trabalhadores. Neste contexto, a experiência profissional como assistente social foi imprescindível para subsidiar as argumentações, as proposições e os enfrentamentos necessários ao trabalho profissional, motivo pelo qual se tornou o objeto desta pesquisa.

⁴ No levantamento bibliográfico e documental realizado identificamos a existência de duas Políticas Estaduais de Humanização, a do estado de São Paulo (publicada no ano de 2012) e a do estado da Bahia (publicada no ano de 2017). Nesse estudo focaremos nossa análise apenas na PEH no estado de São Paulo.

Pela presente pesquisa analisaremos o trabalho profissional do assistente social neste espaço sócio-ocupacional, suas contribuições e desafios na construção coletiva de estratégias para a efetivação da Política de Humanização. O conteúdo desta dissertação poderá contribuir para a análise e reflexão da importância do trabalho profissional pautada no projeto ético-político do Serviço Social, alicerces de sua formação, bem como contribuir para a identificação de estratégias de ação para gestores e profissionais de saúde na implementação da política de humanização.

Deste modo, este estudo tem como objetivo geral:

- ✓ Analisar o trabalho do Assistente Social na implementação da Política Estadual de Humanização nas instituições de saúde do estado de São Paulo que aderiram ao Programa Santas Casas Sustentáveis e sua relação com a formação profissional em Serviço Social.

E como objetivos específicos:

- ✓ Analisar o contexto em que se deu o processo de implementação da Política de Humanização no estado de São Paulo, destacando as implicações e mudanças produzidas no modo de gerir e de cuidar dos serviços de saúde, em especial na área hospitalar;

- ✓ Identificar os avanços, retrocessos e desafios na implementação da Política Estadual de Humanização nas instituições de saúde do estado de São Paulo que aderiram ao Programa Santas Casas Sustentáveis, frente ao cenário contemporâneo e os impactos da Pandemia Covid 19.

- ✓ Investigar o trabalho do Assistente Social no processo de implementação da Política de Humanização na Saúde, destacando a importância do trabalho pautada no projeto ético-político profissional;

- ✓ Analisar a percepção e compreensão dos profissionais (demais membros, não assistentes sociais) dos Grupos de Humanização em relação ao processo de implementação da Política Estadual de Humanização.

Importante destacarmos que a Covid-19, pandemia de proporção mundial exigiu a reorganização de todos os serviços de saúde, em especial, das unidades hospitalares, dentre elas, as Santas Casas de Misericórdia. Foram necessárias mudanças na estrutura física, aquisição de equipamentos, elaboração de novos protocolos de atendimento, capacitação técnica dos profissionais, intensificação do

uso da tecnologia (e introdução de tecnologias de comunicação⁵) e pactuações por recursos financeiros com o Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Concomitante as mudanças estruturais vivenciaram um cenário de caos, por falta de leitos para internação, falta ou supervalorização dos preços de medicações e insumos indispensáveis ao tratamento dos usuários e segurança dos próprios profissionais de saúde e falta de profissionais, afastados do trabalho pelo adoecimento, da Covid-19, por doenças ligadas a saúde mental, ou sobrecarga de trabalho, ou pelo luto da perda de familiares.

Este cenário sucintamente descrito acima, atravessa o recorte temporal desta pesquisa, motivo pelo qual nos leva a buscar compreender como interfere na implementação da política de humanização nas instituições de saúde participantes da pesquisa, e como essa política contribui no enfrentamento as necessidades do SUS na contemporaneidade.

Procedimentos Metodológicos

Compreendendo a complexidade do objeto de pesquisa, nosso estudo foi desenvolvido alicerçado no método materialista histórico-dialético, considerando a necessidade de realizar uma construção histórico-crítica do processo de implementação da Política Estadual de Humanização, na realidade em questão, pois conforme Neto (2020), essa perspectiva permite ao sujeito aprender a historicidade, o caráter de totalidade de seu objeto e perceber através das determinações, o sistema de mediações que permitem que as contradições se expressem.

De caráter exploratório e qualitativo, a pesquisa tem três enfoques básicos: a pesquisa bibliográfica, documental e a pesquisa de campo, considerando que: “Se falamos de Saúde ou Doença essas categorias trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico” (MINAYO, 2014, p. 22).

Para pesquisa bibliográfica, na qualidade de uma primeira revisão, utilizamos o Estado da Arte dos estudos sobre a política de humanização, por ser uma metodologia bibliográfica, de caráter inventariante e descritivo sobre o tema

⁵ Rede de telefonia por aparelho celular para comunicação entre profissionais e usuários, via aplicativo de mensagens (WhatsApp); reuniões e treinamentos de forma virtual, por meio de plataformas digitais.

investigado que, possibilita mapear e discutir as produções acadêmicas em diferentes campos do conhecimento, destacando aspectos e dimensões privilegiados em diferentes épocas e lugares (FERREIRA, 2002). Para tal, foi realizado um levantamento nas bases de dados do SciELO-Brasil e do repositório institucional da Unesp, nas quais se buscou as produções bibliográficas com a palavra-chave “política humanização”. Inicialmente foram encontrados 02 artigos no repositório da Unesp e 164 no SciELO-Brasil. Após excluídas as repetições e aplicado os critérios de inclusão para esse estudo (a análise da humanização enquanto política; a política de humanização no todo, não somente em procedimentos e/ou processos de trabalho específicos de uma profissão), foram selecionados 85 artigos. Após a leitura seletiva dos textos, identificamos que 38 correspondiam ao recorte temporal (publicados a partir de 2014), destes 10 referiam-se a política de humanização no estado de São Paulo. Estes 10 artigos apresentam experiências vivenciadas na Atenção Básica, na Saúde Mental e por apoiadores de humanização na rede de atenção a saúde. Apenas 02 mencionaram experiências em âmbito hospitalar e nenhum deles mencionaram a Política Estadual de Humanização.

Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica e documental, o objetivo central não foi revisar os artigos selecionados, mas utilizá-los como suporte para a construção teórico-conceitual. Também por conta disso, incorporamos outras fontes no processo, como bibliografias do acervo pessoal que abordam a política de humanização e documentos norteadores, portarias e legislações referentes a Política Nacional e Estadual de Humanização, publicadas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde ou órgãos afins.

A pesquisa de campo fez-se importante pois possibilita a aproximação com os participantes da pesquisa e cria “um conhecimento, partindo da realidade presente no campo” (MINAYO, 2014, p. 51). O universo da pesquisa de campo foi composto pelos hospitais prestadores de serviços à Secretaria Estadual de Saúde, que aderiam ao Programa Santas Casas SUSTentáveis. De acordo com Ofício⁶ da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, 61 hospitais, aderiram ao programa. No entanto, foi realizado um recorte para esta pesquisa, sendo que os participantes pesquisados são os assistentes sociais e demais membros dos GTHs e CIHs dos

⁶ Ofício G. S. No 1.317/2016. Proc. SIALE/SES No 66/2016

hospitais e/ou Santas Casas localizados nas cidades que compõem a Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 13, classificados como Hospitais Estruturantes (Franca, Araraquara, São Carlos, Barretos) e Estratégicos (Matão, Porto Ferreira, Bebedouro, Olímpia, Ituverava, Sertãozinho, Ribeirão Preto)⁷.

Como instrumental de investigação para a pesquisa de campo, utilizamos a entrevista semiestruturada (Apêndice A e B). A entrevista destina-se a trazer o lado subjetivo e pessoal dos participantes da pesquisa, a fim de que possamos observar a realidade social e os múltiplos determinantes que compõe essa realidade, pois segundo Minayo (2009, p. 21) “ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”.

Para levantamento dos participantes foi realizado um contato prévio (por telefone) com as instituições supracitadas para identificar a existência dos CIH ou GTHs e a participação de assistentes sociais nesses espaços. Todos os hospitais, no total de 11 (onze), confirmaram ter CIH e/ou GTH. Destes, 08 (oito) confirmaram a participação de pelo menos 1 (um) assistente social como coordenador ou participante do grupo de humanização, os outros não souberam informar. Em seguida foi encaminhado aos 11 (onze) hospitais, para os diretores ou responsáveis por essas instituições (de acordo com a orientação do sistema CEP/CONEP) a declaração para que autorizassem a realização da pesquisa nessas instituições. Das 11 (onze) instituições convidadas como coparticipantes da pesquisa, apenas 04 (quatro) concordaram em participar e devolveram a declaração de autorização. Uma delas confirmou por e-mail a negativa dos gestores em participar da pesquisa, as outras não se manifestaram após encaminhamento da declaração, mesmo diante de vários contatos com profissionais “mediadores” identificados nesse processo (assistentes sociais, secretários(as) das diretorias, membros das comissões de humanização, e outras comissões institucionais, como por exemplo, Ensino e Pesquisa).

Importante registrarmos aqui, a morosidade em relação a aprovação da pesquisa pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), em especial do CEP da Unesp Franca. Da inserção da pesquisa no CEP, via Plataforma Brasil, inicialmente ao comitê proponente (CEP da Unesp Franca) em março/2022 a aprovação do último CEP envolvido (01 proponente e 02 coparticipantes) foram 07 (sete) meses.

⁷ De acordo com Ofício do Gabinete da Secretaria Estadual de Saúde nº 1.317/2016, não há hospitais classificados como Apoio participantes do Programa Santas Casas Sustentáveis na RRAS 13.

Após a aprovação de cada CEP e emissão do Parecer Consubstanciado realizamos contato telefônico com os assistentes sociais e/ou coordenadores do GTH e/ou CIH para efetivação do convite para participação na pesquisa de campo. Após concordância destes, foi enviado por e-mail ou WhatsApp o Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE (de acordo com as normas do sistema CEP/CONEP) e o questionário online, criado pela pesquisadora no Google Forms (aplicativo gratuito que permite criar e gerenciar pesquisas e formulários de preenchimento online), a ser respondido para a elaboração do perfil profissional dos participantes e descrição do processo de implementação da política de humanização nestas instituições. Como critério de inclusão foi adotado que os profissionais membros do GTH ou CIH estivessem inseridos nesses espaços há mais de 12 (doze) meses, com exceção dos assistentes sociais, aos quais o único critério de exclusão seria não ser membro desses espaços.

A pesquisa abrangeu o período de 01/01/2014 a 31/12/2021, considerando ter sido no ano de 2014 a publicação da Resolução SS nº 13, de 05/02/2014 que coloca no rol de indicadores obrigatórios às instituições de saúde prestadoras de serviço ao estado de São Paulo, o cumprimento das metas propostas pela PEH, bem como que o programa Santas Casas SUSTentáveis passou por um processo de reformulação entre os meses de outubro e novembro de 2021, sendo modificado para “Programa Mais Santa Casas”, de acordo com Lei nº 17.461, de 25 de novembro de 2021 do governador do estado de São Paulo, que dispõe sobre o programa de auxílio financeiro às entidades hospitalares sem fins lucrativos - Programa Mais Santas Casas.

A análise dos resultados, importante etapa da pesquisa, nos permite “estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder as questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado” (GOMES, 2002, p. 69). Deste modo, os dados coletados foram organizados e categorizados em uma planilha, na tentativa de estabelecer uma compreensão da relevância das informações que os participantes indicaram. A ordenação e categorização dos dados incluiu a releitura do material recebido e classificação de acordo com as categoriais levantadas a priori e as identificadas após a pesquisa empírica.

As categorias, segundo Gomes (2002), são empregadas para estabelecer as classificações, para agrupar elementos, ideias ou expressões em torno dos

conceitos, estabelecidos na fase exploratória da pesquisa (mais gerais e mais abstratos), por meio da fundamentação teórica, e após a coleta de dados (mais específicas e concretas), visando a comparação das categorias estabelecidas antes e após a realização do trabalho de campo.

[...] tendo em conta que os indivíduos vivendo determinada realidade pertencem a grupos, classes e segmentos diferentes, são condicionados por tal momento histórico e por isso, podem ter simultaneamente interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e os contrapõem. Sendo assim, a orientação dialética de qualquer análise diz que é fundamental realizar a crítica das ideias expostas nos produtos sociais (textos, monumentos, instituições) buscando, na sua especificidade histórica, a cumplicidade com seu tempo; e nas diferenciações internas, sua contribuição à vida, ao conhecimento e às transformações. (MINAYO, 2014, p. 347).

Neste sentido, os dados coletados foram relacionados com outros dados e referenciais teóricos da pesquisa, a fim de correlacionarmos as experiências profissionais com o processo formativo do Serviço Social, as contribuições do assistente social no processo de implementação da Política de Humanização, bem como os avanços e desafios nesse processo, destacando quais diretrizes e dispositivos dessa política foram implantados nos serviços de saúde e quais se sustentaram como instrumentos de gestão e de trabalho no apoio e enfrentamento a Pandemia Covid-19.

Atentando para a ética na pesquisa e com o objetivo de preservar os participantes da pesquisa, gestores e demais atores envolvidos nesse processo, nas citações das entrevistas utilizaremos as letras AS e número de identificação, quando assistentes sociais, e por GTH ou CIH e o número de identificação, quando profissionais não assistentes sociais.

O material gerado pela pesquisa poderá contribuir para a identificação de estratégias de ação para gestores e profissionais de saúde na implementação da política de humanização. Com os resultados da pesquisa poderemos analisar o processo de implementação da PEH nos serviços de saúde, bem como suas contribuições na qualificação da atenção, da gestão e, conseqüentemente, da efetivação dos princípios do SUS.

A devolutiva da pesquisa será realizada através do envio do trabalho, via e-mail, aos participantes, e por meio de uma reunião ampliada, podendo esta ser realizada pelas plataformas virtuais, como o google meet, onde poderemos apresentar as principais categorias identificadas na pesquisa, destacando os

avanços, retrocessos e desafios na implementação da Política Estadual de Humanização nas instituições de saúde do estado de São Paulo. Como forma de ampliar a socialização dos resultados dessa pesquisa, a mesma poderá ser apresentada em Seminários ou Fóruns de Humanização com a participação de profissionais e gestores da saúde.

Esta dissertação está organizada em 03 (três) Capítulos.

O Capítulo 1 – O SUS e a Humanização na Saúde, realiza uma breve contextualização sócio-histórica das políticas públicas de saúde no Brasil, retratando importantes avanços e desafios, tendo como marco da democratização da saúde pública, a Reforma Sanitária e a constituição do SUS. Em seguida realiza uma análise conceitual e histórica do termo humanização e inserção deste no cenário contemporâneo, até se tornar uma política pública, a Política Nacional de Humanização, apresentando seus princípios e diretrizes.

O Capítulo 2 – A Política Estadual de Humanização na Saúde (PEH) realiza a descrição do processo histórico de construção da PEH no estado de São Paulo, evidenciando suas linhas de ação e metodologia de implantação. Correlacionando o referencial teórico encontrado com a pesquisa empírica realizada descrevemos como esse processo foi percebido no território das Macrorregionais que compõe a RASS 13 (lôcus dessa pesquisa), pelos profissionais membros dos Grupos de Trabalho de Humanização e Centro Integrado de Humanização, dentre eles, o assistente social.

O Capítulo 3 – A Política de Humanização e o Serviço Social na Saúde, conceitua Gestão participativa e Cogestão como dispositivos da PNH, capazes de potencializar o processo democrático de gestão e produzir as mudanças almejadas no modelo de atenção e gestão, em busca da efetivação dos princípios do SUS. Em seguida apresenta uma breve análise histórica sobre a inserção do assistente social na saúde pública brasileira, suas contribuições e desafios, inclusive no que se refere ao trabalho com a implementação da política de humanização. Finalizando propõe uma análise quanto as perspectivas e dilemas para a política de humanização no cenário atual, atravessado por uma crise econômica estrutural do capital, somada a uma crise sanitária exposta pela pandemia de Covid-19.

Por meio desta pesquisa buscamos analisar as contribuições do assistente social no processo de implementação da política de humanização, bem como se o processo formativo, a experiência profissional e o projeto ético político profissional,

subsidiar seu trabalho profissional no enfrentamento cotidiano das dificuldades e desafios velados nesse processo.

Ressalta-se a relevância desta pesquisa não somente para os assistentes sociais, mas, de modo geral, para todos os gestores e profissionais que estudam e militam contra a desumanização do cuidado e efetivação de um SUS integral, de qualidade e humanizado.

CAPÍTULO 1 – O SUS E A HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE

1.1 Breve Contextualização do SUS – avanços e desafios

No Brasil as políticas sociais em geral e, especialmente, a de saúde, devem ser analisadas contextualizando-as à formação da sociedade e do Estado brasileiro. A saúde pública origina-se como prática social resultante da contradição fundamental entre capital e trabalho com o objetivo de oferecer ao trabalhador os bens de consumo e os serviços necessários à sua sobrevivência, ou seja, a saúde suficiente para integrar-se no processo produtivo, permitindo a reprodução capitalista. IYDA, (1994, p.20) afirma que “a área da atuação da Saúde Pública é a proteção às classes capitalistas e disponibilidade de classes trabalhadoras, as classes sociais”.

Paim (2008) examinou a noção de direito à saúde com referência à doutrina dos direitos humanos, e ao surgimento dos Estados Nacionais na transição do feudalismo para o capitalismo, como padrões de respostas sociais na consolidação do capitalismo em países europeus (Inglaterra e Alemanha), destacando como respostas sociais à ampliação do direito à saúde, o Welfare State e os movimentos sociais vinculados ao aparecimento da Medicina Social no século XIX:

- 1) A saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social; 2) As condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença, devendo ser tais relações submetidas à investigação científica; 3) Devem ser tomadas medidas no sentido de promover a saúde e combater a doença, e as providências relativas a tal ação devem ser tanto sociais como médicas; 4) O Estado democrático requer que todos os cidadãos gozem de um estado de bem estar, porque reconhece que todos têm iguais direitos (ROSEN, 1980 apud PAIM, 2008, p. 102-103).

Segundo Bravo (2009), no Brasil, até o século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e prática liberal, surgindo no século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, iniciativas no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas, em respostas às reivindicações do movimento operário. Na década de 1920, com a intervenção estatal, surgiram as tentativas de extensão dos serviços de saúde por todo o país. A reforma Carlos Chagas, em 1923, constitui-se como estratégia da União de ampliar o poder no interior da crise política. Neste período, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), conhecida como Lei Elói Chaves, financiadas pela União, pelas empresas e pelos empregados, cujos benefícios

concedidos eram proporcionais às contribuições, sendo prevista a assistência médica-curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

As CAPs foram conquistadas primeiramente pelos trabalhadores ferroviários em 1923, e pelos estivadores e marítimos em 1926, sendo somente após 1930 concedidas aos demais trabalhadores, por meio da medicina previdenciária, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que são organizadas por categorias e não mais por empresas, como no caso das CAPs. A partir da década de 1930, a sociedade brasileira tem como principais características a aceleração da urbanização, a ampliação da massa trabalhadora e a precarização das condições de higiene, saúde e habitação, exigindo novas formas de enfrentamento, além das respostas às reivindicações dos trabalhadores, respostas capazes de abranger os assalariados urbanos, sujeitos sociais importantes no cenário político nacional (BRAVO, 2009).

Nesse sentido, a partir da década de 1930 os serviços de saúde pública são ampliados com a criação de novos aparelhos do Estado. Em 1931 são criados o Ministério da Educação e Saúde Pública, a Secretaria de Educação e Saúde Pública e o Departamento Administrativo do Serviço Público. Em 1937 a Secretaria de Educação e Saúde passa a ser Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social (SSPAS). Em 1938 são criados os centros e postos de saúde e higiene, sendo também nesse período que ocorre a expansão dos serviços hospitalares, e em 1940 os serviços das unidades sanitárias são integrados à assistência médica.

Após 1945, a situação da saúde da população brasileira se agrava com os quadros de doenças infecciosas e parasitárias e elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil e geral. Com a precária condição do país nos diferentes setores de atividades, em 1949 o governo brasileiro institui o Plano SALTE, visando solucionar os problemas relacionados a saúde (S), alimentação (AL), transporte (T) e energia (E)⁸. Na saúde, os objetivos de maior interesse estatal são a atenção materno-infantil e as propostas de assistência médico-social rural. E, no final da década de 1950 expandiram outros tipos de unidades, os subpostos e postos de assistência médico-social.

⁸ Sobre o Plano SALTE ver: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/7133/4228>

No início da década de 1960, a saúde pública depara-se com o aumento dos problemas sanitários, advindos da intensificação da urbanização, da industrialização e das condições de vida e de saúde precárias, geradas pelas profundas alterações no trabalho, pós 1950, com a introdução da tecnologia. Houve uma queda salarial, e conseqüentemente uma deterioração das condições de vida, que suscitou uma série de movimentos grevistas. Em face a esses problemas sociais o Estado utilizou para a intervenção o binômio repressão-assistência:

[...] sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizando as tensões sociais e conseguir legitimar para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 1996, p. 29).

Nas décadas de 1974 a 1979, mesmo com as reformas na estrutura organizacional da política nacional de saúde, mantiveram-se as tensões entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros e os interesses entre os setores estatal e empresarial médico, com a manutenção de ações de saúde curativas, por meio da Previdência Social e Ministério da Saúde. Outras ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde nesse período foram o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, a Campanha da Meningite, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, a Rede de Laboratórios de Saúde Pública, o Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE) o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan).

[...] as medidas racionalizadoras, apesar de necessárias, eram insuficientes para enfrentar os determinantes da crise do setor saúde. Essa crise se expressava pela baixa eficácia da assistência médica, pelos altos custos do modelo médico-hospitalar e pela baixa cobertura dos serviços de saúde em função das necessidades da população. Além disso, convivia com a falência do “milagre econômico”, com a crise do capitalismo mundial do início dos anos setenta e com o decréscimo de legitimidade (PAIM, 2008, p. 73).

O Plano de Pronta Ação, criado em 1974, objetivava disciplinar e organizar as diversas modalidades de práticas médicas vinculadas à Previdência Social, universalizando o atendimento de emergência, que até então era realizado somente para os contribuintes⁹. Neste mesmo ano também foi implantado o Sistema Nacional de Saúde (objeto de discussão da V Conferência Nacional de Saúde), que visava

⁹ Àqueles que não contribuíam dependiam do atendimento das Santas Casas de Misericórdias, instituições de natureza filantrópica que desenvolvem atividades voltadas à saúde, desde o período colonial. (<https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>)

disciplinar a articulação dos órgãos atuantes no setor da saúde, reafirmando as especialidades das tarefas a cargo da Previdência Social e do Ministério da Saúde.

O Sistema Nacional de Saúde não tem em vista unificar, sob a égide do Estado, a prestação de serviços pessoais de saúde, mas contempla a organização e a ampliação do exercício dessas atividades pelo setor público como um meio de assegurar a todo cidadão o acesso aos benefícios da medicina científica (BASTOS, 1975, p. 50-51 apud PAIM, 2008, p. 73).

O Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) foi criado em 1978, formado por novas autarquias como o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para a prestação da assistência médica, e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) para controle da atividade financeira do sistema. A criação do INAMPS visava agrupar a assistência médica concebida por todos os órgãos previdenciários, porém, não foi acompanhada de medidas de suporte financeiro, acarretando várias críticas e pressões à criação do SINPAS, que não conseguia resolver as principais questões da saúde, permanecendo as ações curativas e o padrão da medicina privada.

Neste cenário, surgiu um movimento postulando a democratização da saúde. A mobilização dos profissionais da saúde em torno dos interesses coletivos, o avanço dos movimentos populares e a articulação de diversas entidades (eclesiais, sindicais) visava a melhoria dos serviços de saúde e alteração das políticas do setor. A realização do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, em Brasília, em 1979, reuniu cerca de 800 participantes e foi um dos eventos promovidos pela articulação desses movimentos.

Estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde passaram a defender mudanças na saúde, culminando com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976 (FLEURY, 1997 apud PAIM, 2008, p. 26).

Para Paim (2008) o movimento estudantil e o CEBES, as bases universitárias e academia (departamentos de medicina preventiva e social, o Programa de Estudos Socioeconômicos de Saúde – PESES), o movimento médico (Movimento dos Médicos Residentes e o Movimento de Renovação Médica - REME), os projetos institucionais (Montes Claros¹⁰, PIASS¹¹) representam antecedentes importantes da Reforma Sanitária Brasileira.

¹⁰ Conhecido nacionalmente como Projeto Montes Claros: Sistema integrado de prestação de serviços de saúde no norte de Minas, em 1975.

¹¹ Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), criado em 1976 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e executado pelo Ministério da Saúde.

...como laboratório da democratização na saúde, ali foram conceitualizados, montados e testados alguns dos principais instrumentos daquilo que posteriormente veio a ser conhecido como o processo da Reforma Sanitária, tais como, a produção de um saber sobre a causação social da saúde/doença, a difusão de uma nova consciência sanitária e a estratégia de ocupação e/ou criação de espaços político-institucionais (FLEURY, 1995, p. 14 apud PAIM, 2008, p. 72-73).

Em 1980 ocorre a VII Conferência Nacional de Saúde, da qual participaram autoridades de saúde, parlamentares da Câmara dos Deputados e do Senado, representantes dos órgãos internacionais e um representante do clero, não havendo a participação dos sindicatos, associações de moradores ou partidos políticos. O tema central desta conferência foi a extensão das ações de saúde através de serviços básicos e tinha por finalidade a implantação e desenvolvimento de um Programa de Serviços Básicos de Saúde.

Em 1981, com a falência do sistema da previdência social, como medida de enfrentamento a crise, cria-se o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) com a finalidade de indicar políticas com relação a assistência à saúde da previdência social. Como estratégia de racionalização dos gastos, em 1983, o CONASP cria as Ações Integradas de Saúde (AIS) que pautada nos princípios de universalização da assistência à saúde, potenciação e priorização dos serviços de atenção primária à saúde, descentralização e democratização das decisões administrativas, técnicas e políticas de saúde, visava reunir recursos federais, estaduais e municipais para atenção à saúde; uma estratégia para reorientação das políticas de saúde e para reorganização dos serviços.

Em março de 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, o evento mais significativo em termos de debate da política de saúde no país, que contou com a participação de 4.500 pessoas, entre elas, a sociedade civil, técnicos e profissionais de saúde, intelectuais e políticos, que estabeleceram a necessidade de reestruturação dos serviços de saúde com a criação do Sistema Único de Saúde e uma ampla Reforma Sanitária.

Nesse evento, reafirmou-se o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado, recomendando-se a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado (com atribuições específicas para a União, estados e municípios) e democrático (garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação). A partir dessa Conferência, a sociedade brasileira passou a dispor de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltados para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado. E é justamente esse processo de democratização da saúde que naquela época cunhou o nome de Reforma Sanitária [...] (PAIM, 2008, p. 26-27).

A VIII Conferência Nacional de Saúde definiu vários aspectos fundamentais que deveriam ser modificados na saúde pública, encaminhando essas propostas para a Assembleia Nacional Constituinte, pois era necessário que as propostas aprovadas no evento fossem garantidas pelo texto constitucional.

Com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS, em junho de 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). A partir de 1988, o INAMPS deixou de atuar como responsável pelas ações de saúde, repassando essas atribuições para os governos estaduais e municipais, ficando sob sua responsabilidade a definição de políticas e o acompanhamento e controle dos recursos financeiros da previdência social. O SUDS representou um passo decisivo para o processo de descentralização, universalização e redefinição dos papéis e atribuições entre os níveis federal, estadual e municipal. Como estratégia de implementação do SUDS no estado de São Paulo, a Secretaria de Estado de Saúde (SES) institucionalizou a municipalização dos serviços de saúde, com o objetivo de integrar no município os serviços de saúde locais. “Descentralizar e municipalizar significam partilhar o poder do governo com a sociedade. É a socialização da gestão, com a participação da coletividade local” (JOVCHEELOVITCH, 1998, p. 49).

Em 1988 a Constituição Brasileira trouxe em seu texto uma Seção destinada exclusivamente a Saúde (Título VIII, Seção II), atendendo em grande parte as reivindicações do movimento sanitário.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O texto constitucional aprovou a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), consagrando a saúde como produto social, estabelecendo as bases legais dos municípios como responsáveis pela elaboração da política de saúde. Para organizar o funcionamento do SUS, e dar cumprimento ao mandato constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde foi regulamentado a Lei Orgânica da Saúde (LOS), conjunto de duas leis editadas, a Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e funcionamento dos serviços, e a Lei nº 8.142/90 que regula a participação da comunidade no SUS, assegurando a existência de instâncias

colegiadas, como as conferências e conselhos de saúde nos três níveis de governo, orienta quanto as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da área de saúde, a formulação de planos de saúde e a criação de fundos de saúde. São leis nacionais que têm o caráter de norma geral, contendo os princípios e diretrizes que devem ser respeitados pela União, pelos Estados e pelos Municípios, orientando-os nas suas ações e responsabilidades.

A criação do SUS foi pautada em princípios organizativos (regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos) e princípios doutrinários (universalidade, equidade, integralidade), constituindo, segundo GOUVEIA; PALMA (1999) a mais importante e avançada política social em curso no país; por seu caráter público, universal, igualitário e participativo.

No entanto, para Bravo (2009) algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar:

o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde (BRAVO, 2009, p. 14).

O processo de implantação do SUS foi guiado, inicialmente, pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS, a NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93, NOB/SUS 01/96. Essas normas mantinham estratégias de descentralização e financiamento da saúde pelas três esferas de governo, tal qual priorizava o SUDS em 1987 e as AIS em 1981, e definiam as competências de cada esfera de governo. Definiam, também, os critérios para repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e asseguravam a participação permanente do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) e dos COSEMS (Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde) por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Em 1996, todo o sistema previdenciário é unificado no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que une os antigos IAPS. O Ministério da Saúde era responsável pelas doenças que afetavam os grandes segmentos da população brasileira, enquanto o atendimento médico individual ficou sob responsabilidade do setor previdenciário. Nesse período o quadro era de crise sanitária, com aumento da mortalidade infantil e as epidemias de meningite. Foi criado o Programa Avançada

Brasil (1999-2002) cuja propostas enfatizavam o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), programas voltados para as crianças e para os adolescentes, vigilância e controle de doenças, assistência de urgência e emergência e humanização do atendimento.

Em maio de 2000 surgiu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). De acordo com o documento norteador do PNHAH, a formulação desse programa teve como base um diagnóstico que fora realizado à época pelo Ministério da Saúde, o qual apresentou a insatisfação dos usuários em relação à qualidade do atendimento que recebiam, principalmente no tocante a aspectos do relacionamento com os profissionais de saúde. Esse programa foi executado por meio de um Projeto Piloto tendo como principais objetivos:

- 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, p. 9)

De acordo com Paim (2008), em junho de 2000 foi realizado o Seminário Nacional Reformas do Estado, Saúde e Equidade no Brasil, que trouxe em seu documento final o registro da atuação do Ministério Público na implantação da Reforma Sanitária e apresentou um conjunto de propostas para configuração de uma agenda estratégica:

- [...] incentivar o uso de instrumentos epidemiológicos na definição de prioridades de ação e o comprometimento de gestores com metas relacionadas ao estado de saúde da população; impedir que os espaços técnicos de negociação entre os gestores suplantem ou substituam os espaços de controle social; consolidar o SUS, promovendo a regulação pelo Estado do sub-setor privado de saúde; resgatar a análise da saúde e seus determinantes, evoluindo de políticas de serviços para políticas de saúde; e, finalmente, “identificar as estratégias e agentes para operar este processo de construção da Agenda, utilizando os espaços constituídos pelos Congressos da ALAMES/IAHP, do Conasems e da Abrasco, as Conferências Municipais e Estaduais de Saúde e a XI Conferência Nacional de Saúde (PAIM, 2008, p. 226-227).

Em dezembro de 2000 ocorreu a XI Conferência Nacional de Saúde, com o tema central *Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade, e Humanização* na atenção à Saúde, com Controle Social, cujo comitê executivo e assessoria de programação contava com militantes da Reforma Sanitária, ex-presidente da ABRASCO,

professores da Escola Nacional de Saúde Pública e USP, e representantes do CONASEMS e do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA).

Em 2001 foi criada a NOAS (Normas Operacionais da Assistência à Saúde/SUS) que definiu a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde em busca de maior equidade, devendo esse processo contemplar uma lógica de planejamento integrado, que compreenderia as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, de forma que todos os cidadãos tivessem garantido o acesso às ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas.

Em fevereiro de 2002 essa norma é republicada, passando a vigorar como NOAS/SUS 01/2002 com o propósito de oferecer as alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses para a sua implementação. Desde a NOAS estão definidos como os principais instrumentos da regionalização o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI).

Diante da necessidade de encontrar respostas à crise da saúde, apontada por muitos como falência do modelo SUS (BENEVIDES; PASSOS, 2005a), em 2003, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Humanização (PNH) com a proposta de promover mudanças nas práticas de produção de saúde e nos modelos de atenção e gestão que reflitam na melhoria da qualidade dos serviços. Como política, a humanização deveria operar no conjunto das relações entre todos que constituem o SUS, com a inserção das diretrizes de humanização nos planos estaduais e municipais de governo.

Em 2006 foi firmado um Pacto de Gestão (Pacto pela Saúde) norteado pelos princípios da integralidade e equidade no acesso a saúde, com resolutividade e com economia de escala, devendo o mesmo orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Tal pacto é firmado entre os três gestores do SUS devendo:

...a partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças loco-regionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo (BRASIL, 2006a, p. 7).

Para operacionalização do Pacto pela Saúde são criadas as Portarias nº 399, 699 e 698/GM que definem as diretrizes para seu funcionamento e a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento, sendo definidos cinco blocos de financiamento: Atenção Básica, Atenção de média e alta complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS.

Visando a reorganização dos processos de gestão e regulamentação do sistema de saúde, as diretrizes do Pacto reafirmam a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação da NOAS, como o PDR (instrumento de ordenamento do processo de regionalização da atenção à saúde, que deve compreender as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, de modo a otimizar os recursos disponíveis), o PDI (que apresenta os investimentos necessários para atender as prioridades identificadas no PDR) e a PPI (instrumento de programação e alocação de recursos da assistência).

Com a instituição do Pacto, as condições de gestão dos estados e dos municípios ficaram substituídas pelas situações pactuadas no Termo de Compromisso de Gestão, onde serão estabelecidas as metas de monitoramento, os objetivos e os indicadores de cada pacto, devendo haver uma revisão anual dos mesmos. O Termo de Compromisso definiu as responsabilidades atribuídas aos gestores, tornando-se importante instrumento de operacionalização do Pacto e suas três dimensões: Pacto Pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS.

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, definidos pelos entes federativos de acordo com prioridades derivadas da análise da situação de saúde da população e viabilizadas por meio de compromissos orçamentários e financeiros para o alcance dos resultados. Compõe as prioridades do Pacto pela Vida 2006: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da Saúde; e fortalecimento da Atenção Básica/Primária.

O Pacto de Gestão estabelece as relações contratuais entre os entes federativos propondo uma gestão compartilhada e solidária do SUS e suas diretrizes

contemplam os princípios de regionalização e descentralização do SUS estabelecidos na constituição de 1988. Com o Pacto de Gestão inicia-se um processo de descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestores Bipartite onde os estados em parceria com os municípios devem definir os modelos organizacionais a serem implantados de acordo com a realidade de cada estado e região do país.

Quanto ao processo de regionalização, as diretrizes do Pacto de Gestão visam melhorar o acesso aos serviços de saúde, respeitando-se os conceitos de economia de escala e de qualidade da atenção, a fim de desenvolver sistemas eficientes e efetivos através de redes de atenção à saúde.

O Pacto em Defesa do SUS propõe a consolidação da política pública de saúde como política de Estado. Entre suas prioridades estão a implementação de um projeto permanente de mobilização social, a saúde como direito universal, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, o aumento de recursos orçamentários e financeiros para a saúde, a aprovação do orçamento do SUS composto pelos orçamentos das três esferas de gestão e a elaboração e divulgação da carta dos direitos dos usuários do SUS.

O Pacto pela Saúde fomentou um importante debate no SUS, principalmente referentes ao modo de gestão e financiamento. Em março de 2010, foi divulgado em relatório da reunião extraordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), uma síntese das questões e discussões relativas à avaliação do Pacto pela Saúde, onde se menciona a necessidade de articulação entre as esferas de governo em busca de investimentos para a qualificação da gestão, visando o enfrentamento dos problemas que ainda persistem no processo de fortalecimento da gestão, relacionados às questões apontadas no Pacto e que não foram efetivadas (SILVA, 2012).

Pelo exposto, a saúde pública brasileira se constitui em meio a crises políticas, administrativas e sociais, em um cenário de intensificação da urbanização, industrialização e necessidade de manutenção da classe trabalhadora para reprodução do capitalismo. A precarização das condições de higiene, saúde e habitação exigiram a intervenção estatal e criação de um sistema de saúde capaz de assegurar a todos os cidadãos o acesso aos benefícios da medicina científica. A mobilização da população em torno de objetivos coletivos à melhoria dos serviços de saúde culminou na criação de um sistema único de saúde. Embora possamos

identificar importantes avanços no SUS, a resolutividade, o financiamento, a gestão e a qualidade dos serviços, permanecem como grandes desafios na efetivação do SUS universal, integral e humanizado.

1.2 Conceito e História da Humanização na Saúde

A palavra humanização deriva do latim *humanus*, cujas raízes encontram-se na corrente filosófica do Humanismo, que reconhece o valor e a dignidade do homem, “considerando sua natureza, seus limites, interesses e potenciais. O Humanismo busca compreender o Homem e criar meios para que os indivíduos compreendam uns aos outros”. (RIOS, 2009, p. 11).

O humanismo está relacionado a uma ética baseada na condição humana e nos ideais partilhados pelos homens, assim como a um conjunto de valores que fundamentam a compreensão dos empreendimentos científicos e tecnológicos (FORTES, 1998 *apud* CAXIMBE, 2021, p. 50).

No contexto da saúde é tarefa difícil estabelecer com precisão histórica a inserção do termo humanização. Segundo Mezzono (2010), o termo humanização foi trazido ao Brasil, em 1968, por um padre Camiliano, Padre Lidio Milani, que proferiu uma palestra em congresso à Associação dos Hospitais do estado de São Paulo, realizado na Pontifícia Universidade Católica. Em 1970 outro Camiliano, Padre João Mezzomo publicou um livro, o primeiro no Brasil sobre a temática “Hospital Humanizado”, e em 1979 ofereceu um aprofundamento do tema, em outro congresso à essa associação, sendo que a partir de 1980 organizou congressos anuais a nível nacional sobre a humanização.

Fortes (1998 *apud* Caximbe, 2021) afirma que a reflexão sobre as práticas humanizadas na saúde inicia-se nos anos 1970, por meio da discussão e luta sobre os direitos dos pacientes, sendo de grande importância para sua fundamentação a Declaração de Alma-Ata, documento síntese da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela UNICEF, realizada no Cazaquistão, em setembro de 1978, que reafirmou a saúde como um direito humano fundamental, um estado de bem-estar completo, físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidades.

Para Rios (2009) a humanização surgiu como resposta espontânea ao estado de tensão, insatisfação e sofrimento de profissionais e pacientes, diante da violência

institucional decorrente de relações sociais marcadas pela sujeição dos indivíduos, do não reconhecimento das subjetividades e do descaso pelos aspectos humanísticos no campo da saúde.

Embora o termo laico humanização possa guardar em si um traço maniqueísta, seu uso histórico o consagra como aquele que rememora movimentos de recuperação de valores humanos esquecidos, ou solapados em tempos de frouxidão ética. No nosso horizonte histórico, a humanização desponta, novamente, no momento em que a sociedade pós-moderna passa por uma revisão de valores e atitudes [...] Em uma visão panorâmica, a época da pós-modernidade se caracteriza pelo reordenamento social decorrente do capitalismo multinacional e a globalização econômica. (RIOS, 2009, p. 8)

A situação da saúde da população brasileira, no período de 1970 a 1980, de acordo com Bravo (2001), foi marcada por permanentes tensões entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses dos burocratas entre os setores estatal e empresarial médico, a predominância de ações de saúde curativas (realizadas pela Previdência Social, sob o comando do setor privado) e a emergência do movimento sanitário. A partir da década de 1980, com a inserção de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas de governo, a saúde assumiu uma dimensão política, estreitamente vinculada à democracia. Conforme já citado, as propostas debatidas por esses sujeitos coletivos, culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e posteriormente, em 1988, do SUS, considerado o passo mais avançado na reformulação administrativa da saúde pública. Entretanto, aspectos econômicos e políticos comprometeram a operacionalização do SUS, resultando no baixo impacto na melhoria das condições de saúde da população.

Paim (2008) afirma que a implantação do SUS ocorreu em meio a política econômica de cunho neoliberal, concomitante a Reforma Administrativa do Estado Brasileiro, em um cenário de precarização das relações de trabalho em saúde e aceleração do processo de qualificação/desqualificação das relações técnicas do trabalho em saúde. Muitos ideais da Reforma Sanitária foram incorporados ao SUS, tais como a ampliação do conceito de saúde, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado e a participação popular. No entanto, a prática ideológica, muito presente no movimento sanitário, embora fundamental para mudar visões e constituir sujeitos sociais, não teve poder de alterar a realidade vigente, as relações sociais de poder e o processo de trabalho em saúde. Persistiam os problemas relacionados a baixa qualidade dos serviços de saúde, o agravamento

das doenças e mortes pela ausência de exames, diagnósticos, tratamento e intervenções oportunas, e as dificuldades na democratização do acesso aos medicamentos. Era necessário mudar o modelo de atenção e de gestão, construir modelos de atenção voltados para a qualidade de vida e humanização do cuidado, temáticas que foram debatidas pelas conferências nacionais de 1996, 2000 e 2003.

Não obstante os desejos de coesão social e de cultura da paz numa sociedade em que a luta de classes é transfigurada em violência estrutural, interpessoal e da delinqüência no cotidiano, e onde transparece, cada vez mais, o caráter patogênico do capital, permanecem grandes desafios para o SUS universal, humanizado e de qualidade (PAIM, 2008, p. 299).

A mudança do modelo de atenção e de gestão se constituiu como premissa para superar a crise do sistema público de saúde, romper com modelos ultrapassados de gestão e atuar de forma transversal. No entanto, as iniciativas de humanização em curso, eram identificadas a movimentos religiosos, filantrópicos, paternalistas e grande parte das vezes, as alterações produzidas não refletiam nos modelos de atenção e de gestão instituídos, e eram menosprezadas por gestores e ridicularizadas por trabalhadores (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

Segundo Rios (2009) as primeiras iniciativas de humanização eram voltadas à melhoria dos ambientes hospitalares, por meio de atividades lúdicas, de lazer, entretenimento ou arte, e melhorias da aparência física dos serviços, não produzindo mudanças significativas na organização do trabalho ou no modo de gestão, mas aos poucos foi ganhando consistência e provocando mudanças de rotinas nos serviços de saúde.

Surgiram várias iniciativas com o nome de humanização. É bem provável que esse termo tenha sido forjado há umas duas décadas, quando os acordos da luta anti-manicomial, na área da Saúde Mental, e do movimento feminista pela humanização do parto e nascimento, na área da Saúde da Mulher, começaram a ganhar volume e produzir ruído suficiente para registrar marca histórica. Desde então, vários hospitais, predominantemente do setor público, começaram a desenvolver ações que chamavam de “humanizadoras” (RIOS, 2009, p. 10).

Podemos dizer que as ações humanizadoras são postas para além da recuperação da saúde física; visam resgatar os valores humanísticos, o respeito, o direito, a dignidade e subjetividade, produzir mudanças no ambiente físico, estrutural e sobretudo nas relações humanas. Embora não tenhamos como estabelecer com precisão histórica, quando teve início o compromisso com a humanização do cuidado, na saúde, a humanização assume o patamar de política pública, cujo objetivo maior é a qualificação da atenção à saúde e efetivação do SUS.

Daí a importância de entendermos a humanização em sua inexorável politicidade e sociedade e, por conseguinte, em suas importantes implicações institucionais. A problemática de que trata a humanização não se restringe ao plano das relações pessoas entre terapeutas e pacientes, embora chegue até ele. Não se detém em rearranjos técnicos ou gerenciais das instituições, embora dependa deles. Trata-se de um projeto existencial de caráter político, trata-se uma proposta para a 'polis' (AYRES, 2006, p. 54 *apud* CAXIMBE, 2021, p. 59).

No âmbito do Ministério da Saúde, de 1999 a 2002, vários programas foram propostos no que se considerava campo da humanização, tais como, a Carta ao Usuário (1999); Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH/2000), dentre outros.

Embora a humanização estivesse presente em vários espaços de debates desde a década de 1970, para Benevides e Passos (2005b) para a humanização desenvolver-se como política pública de saúde e produzir mudança nos modelos de atenção e gestão, no sentido de qualificar e efetivar o SUS, seria necessária uma redefinição teórico-prático do conceito de humanização. E, diante o desafio de redefinir conceitualmente humanização na saúde, em 2003, o MS propôs a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), cuja proposta consiste na criação de espaços coletivos de construção e troca de saberes, por meio de mecanismos de cogestão, estimulando o protagonismo dos atores (trabalhadores, usuários e gestores) do sistema de saúde, como estratégia de interferência nos processos de trabalho, visando a melhoria das condições de trabalho dos profissionais, a ênfase no vínculo com os usuários e a garantia de direitos.

1.3 A Política Nacional de Humanização (PNH) – princípios e diretrizes

Diante da necessidade de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão e qualificar a saúde pública no Brasil, e do número significativo de reclamações dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais, no ano de 2000, o então ministro da saúde, tomou a iniciativa de convidar profissionais da área de saúde mental para elaborar uma proposta de trabalho

voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde. Para efetivar essa proposta, tais profissionais constituíram um Comitê Técnico de Humanização, sob a coordenação da Secretaria de Assistência à Saúde e elaboraram o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2001).

Em maio de 2000, foi apresentado em Brasília, o projeto piloto da PNHAH¹², que propunha por meio de um conjunto de ações integradas, promover uma nova cultura de atendimento à saúde, em busca de qualidade e eficácia dos serviços prestados, tendo como metas fundamentais aprimorar as relações entre os profissionais de saúde e os usuários, entre os profissionais e seus pares e entre os profissionais, os gestores e a comunidade¹³.

O PNHAH propõe uma diretriz global para congregar as iniciativas de humanização desenvolvidas nas diversas áreas de atendimento dos hospitais. Como tais iniciativas se desenvolvem de maneira setorial, concentradas em áreas ou atenções e projetos específicos, para alcançar a mudança almejada, contemplando as instituições hospitalares como um todo, articular os sujeitos envolvidos nesse processo e criar espaços de comunicação para difundir o conceito de humanização, o Comitê de Humanização utilizou como ferramenta a constituição dos Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) nas unidades hospitalares participantes do programa.

Na primeira fase do projeto piloto do PNHAH, o GTH foi constituído em 10 (dez) hospitais, a saber: Hospital Geral César Cals (Ceará), Hospital Getúlio Vargas (Pernambuco), Hospital João XXIII (Minas Gerais), Hospital Geral do Bonsucesso (Rio de Janeiro), Hospital Mário Gatti (São Paulo), Hospital Santa Marcelina (São Paulo), Hospital Ipiranga (São Paulo), Hospital Leonor Mendes de Barros (São Paulo), Hospital do Mandaqui (São Paulo) e Hospital Nossa Senhora da Conceição (Rio Grande do Sul). A segunda fase do projeto, prevê a extensão dos grupos para 94 hospitais, em oito Regiões Sede (Belém/PA, Fortaleza/CE, Recife/PE, Belo Horizonte/MG, São Paulo/SP, Campinas/SP, Rio de Janeiro/RJ e Porto Alegre/RS¹⁴). Esses grupos eram compostos pelas equipes de trabalho, de gestores

¹² O PNHAH deu origem a PNH.

¹³ Necessidade reafirmada pela XI Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.

¹⁴ Portaria nº 202, de 19 de junho de 2001. Do 119-E, de 21/6/01

e trabalhadores de saúde dos hospitais (lideranças representativas nesses espaços), e pelos consultores regionais do PNHAH, que tinham como atribuições:

[...] difundir os benefícios da assistência humanizada; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento da instituição; propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; divulgar e fortalecer as iniciativas humanizadoras já existentes; melhorar a comunicação e a integração do hospital com a comunidade de usuários (BRASIL, 2001, p.16).

No segundo semestre de 2001, foi criada a Rede Nacional de Humanização, que tinha por objetivo integrar os Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar, o Comitê Técnico de Humanização, os Grupos de Multiplicadores e as Secretarias de Saúde (Estaduais e Municipal), como instrumento fundamental na consolidação do trabalho de humanização em cada localidade. Por meio da Rede Nacional de Humanização, estruturada de forma presencial (nos hospitais participantes), eletrônica (pelo site com informações, experiências e debates relevantes ao PNHAH) e audiovisual (pacotes de informação e capacitação, como manuais, vídeos, relatórios e publicações oficiais), e com apoio dos hospitais capacitados na fase inicial do projeto piloto e das equipes de capacitadores do Ministério da Saúde, o grupo condutor do PNHAH prevê a multiplicação progressiva do programa nos hospitais da rede pública.

A seguir é apresentado quadro com as etapas de trabalho do PNHAH para os anos de 2001/2002:

Quadro1. Cronograma – Etapas de trabalho do PNHAH

Etapas	2001								2002											
	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1. Encontro com as Secretarias Estaduais e Municipais	—																			
2. Lançamento do PNHAH e Portarias		ó																		
3. <i>Workshops</i> regionais com S. Estaduais e Municipais		ó	ó																	
4. Apresentação do PNHAH aos hospitais participantes			ó																	
5. Pesquisa de avaliação inicial			ó	ó																
6. Implantação da Rede Nacional de Humanização			ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó
7. Levantamento das iniciativas de humanização				ó	ó	ó														
8. 1.ª etapa Curso de Capacitação (SES e SMS)			ó																	
9. 2.ª etapa Curso de Capacitação(SES, SMS, hospitais)				ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó								
10. Capacitação H-P em Centros de Referência –1.ª fase			ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó								
11. Desenvolvimento de metodologia de multiplicação			ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó								
12. Implantação do Programa nos hospitais – 1.ª fase			ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó								
13. Acompanhamento e avaliação do processo – 1.ª fase			ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó								
14. Pesquisa de avaliação final – 1.ª fase											ó	ó								
15. Prêmio “Hospital Humanizado”												ó								
16. Planejamento estratégia de multiplicação – 2.ª fase												ó								
17. Implantação da nova metodologia de trabalho													ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	
18. Capacitação de novos hospitais – 2.ª fase													ó	ó	ó	ó	ó	ó	ó	
19. Congresso Nacional de Humanização																				ó
20. Avaliação final																				ó

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília. 2001.

A proposta para o desenvolvimento do PNHAH consiste no acompanhamento e avaliação permanente do trabalho nos hospitais pelo Comitê Técnico de Humanização, por meio de instrumentos específicos de pesquisa e avaliação de resultados (Pesquisa Nacional de iniciativas de humanização) e indicadores técnicos de humanização. Aos hospitais que apresentassem conformidades com os indicadores de humanização e os princípios e diretrizes do PNHAH seria concedido pelo Ministério da Saúde, pelo prazo de um ano, o título Hospital Humanizado (BRASIL, 2001).

No relatório de avaliação do projeto piloto do PNHAH (BRASIL, 2001) a equipe aponta a viabilidade do debate sobre o tema humanização nos hospitais, com adesão de lideranças e da direção geral de alguns hospitais. Mas, apresenta fatores geradores de dificuldades para assimilação da proposta, como a carência de

recursos materiais e recursos humanos e a cultura de grupalidade pouco desenvolvida nas organizações. Mas, mesmo diante de tais dificuldades, para o grupo avaliador, a iniciativa do PNHAH representou uma abertura histórica nas políticas públicas de saúde e na forma de engajamento corajoso dos profissionais de saúde.

Abertura histórica porque ofereceu a quantos se interessam pela saúde pública no Brasil a oportunidade de propor, discutir e empreender um processo de mudanças na cultura de atendimento vigente nos hospitais. Engajamento corajoso porque, ao pretender mudar a cultura vigente, permitiu que um projeto desse porte fosse plantar no coração das instituições uma cultura de mudanças (BRASIL, 2001, p. 39).

Para as organizações hospitalares participantes do programa, a sustentação dos projetos de humanização não deveria ser analisada apenas pela dinâmica interna das instituições, mas também no contexto das políticas públicas que lhe garantam apoio e legitimidade. Questões relevantes foram apontadas com respeito ao desafio de pensar possibilidades de melhoria efetiva e ações concretas de humanização, tais como: o modelo de gestão hospitalar sobre o processo de humanização (a dinâmica institucional da micropolítica do processo de trabalho, a verticalização excessiva da gestão e racionalidade gerencial burocrática e formalista), a carência de comunicação e integração entre os profissionais dos hospitais (a escassez dos mecanismos de comunicação/integração em todos os seus níveis), a falta de engajamento da classe médica e o ceticismo dos profissionais quanto ao real comprometimento do poder público com a proposta (BRASIL, 2001).

O PNHAH assumiu como tarefa a mudança da cultura de atendimento e a reconstrução da imagem do serviço público de saúde perante a comunidade. No entanto, essa tarefa tem um caráter processual e depende da vontade política dos dirigentes dos serviços hospitalares e do protagonismo dos profissionais de saúde:

A humanização guarda íntima relação com a mudança dos paradigmas de gestão dos coletivos hospitalares. Democratizar as relações no trabalho pressupõe a existência de espaços públicos que facultem e estimulem a livre expressão, o debate sobre a vida institucional, suas dificuldades, angústias frente ao mundo do trabalho e metas a serem alcançadas; pressupõe que os profissionais participem, em alguma medida, na tomada de decisões, na definição de tarefas e na construção de projetos que lhe digam respeito (BRASIL, 2001, p. 44).

Em fevereiro de 2003, em seminário realizado pelo Ministério da Saúde, foi definida a construção de uma política nacional de humanização, com o objetivo de englobar as iniciativas de humanização já existentes (incluindo o PNHAH),

potencializar e difundir o conceito de humanização para o conjunto das práticas de saúde no SUS, afirmando a indissociabilidade entre o modelo de atenção e o modelo de gestão da saúde. As discussões realizadas culminaram na elaboração do documento “HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – documento para discussão”, publicado em versão preliminar pela Editora do MS na Série B – Textos Básicos da Saúde.

Esse documento apresentou o cenário atual da atenção à saúde no SUS, aspectos contraditórios e complementares que apontam para a necessidade da humanização como uma Política de Governo, os princípios norteadores e as estratégias gerais para a política de humanização e as definições/orientações para o período de 2003 – 2004:

Propor que os planos estaduais e municipais de saúde contemplem os componentes da PNH (Agenda de Compromissos); Consolidar e expandir os Grupos e Comitês de Humanização na SES, nas SMS e nos serviços de saúde; Consolidar e expandir a rede virtual de humanização; Instituir sistemática de acompanhamento e avaliação incluindo indicadores relacionados à PNH, articulados com os processos de avaliação do MS (Programa de Avaliação de Serviços Hospitalares, pactos de Atenção Básica, etc); Selecionar e apoiar experiências na rede SUS com função multiplicadora; Propiciar o financiamento de projetos que melhorem a ambiência dos serviços: salas de conversa, espaços de conforto, mobília adequada, comunicação visual, etc; Articular os programas e projetos do Ministério da Saúde (Hospital Amigo da Criança, Humanização do Parto, etc) à PNH, com vistas a diminuir a verticalização e implicando a coresponsabilidade dos gestores estaduais e municipais; Propor parâmetros para o acompanhamento da implementação da PNH na Atenção Básica, na Urgência e Emergência, nos PS, PAs, APHs, e outros, na Atenção Especializada e na Atenção Hospitalar (BRASIL, 2003, p. 16).

Neste mesmo ano, nos dias 19 e 20 de novembro, foi realizado em Brasília, na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Oficina Nacional HumanizaSUS: Construindo a Política Nacional de Humanização, tendo como objetivo geral oferecer subsídios para implementação e consolidação da PNH, e os seguintes objetivos específicos:

- a) Debater as diretrizes da PNH; b) Discutir a implantação da PNH e elaborar propostas de atuação por níveis de atenção levando em conta as diferentes realidades nacionais; c) Sensibilizar as instâncias de governo de modo a promover maior interface e compromisso quanto à PNH; d) Construir uma Agenda Estratégica com os Grupos de Humanização estaduais e municipais para implementação da PNH. (BRASIL, 2004, p. 3)

Essa oficina representou o primeiro momento de apresentação pública da PNH. Os técnicos e consultores do MS deram continuidade a esse trabalho por meio de outras oficinas de trabalho e reuniões internas com o propósito de construir

consensos sobre as diretrizes, objetivos e estratégias de operacionalização da PNH, sendo nesse processo consolidado um texto geral, de caráter coletivo e unificador para a pactuação da PNH nas instâncias do SUS.

O PNHAH deu lugar a PNH, que ao afirmar o caráter de “política” ao invés de “programa”, propõe a humanização como política transversal, capaz de permear todas as instâncias gestoras do SUS, promovendo ações nos diversos serviços de saúde, com a participação dos diferentes núcleos do saber, de profissionais e usuários, caracterizando uma construção coletiva. As mudanças propostas pela PNH visam promover mudanças nas práticas de produção de saúde e nos modelos de atenção e gestão que reflitam na melhoria da qualidade dos serviços, por meio de diretrizes e dispositivos (arranjos de processos de trabalho), definidos a partir dos princípios norteadores:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização; 2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; 3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; 4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS; 5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (BRASIL, 2004, p.9).

De acordo com documento base para gestores e trabalhadores da saúde (BRASIL, 2010) a implantação da PNH foi orientada por diretrizes (orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho), sendo estas:

1. Clínica Ampliada - compromisso com o sujeito¹⁵ e não só com a doença, reconhecendo os limites dos saberes e a afirmação de que o sujeito é sempre maior que os diagnósticos propostos; aposta nas equipes multiprofissionais e transdisciplinares e no fomento da co-responsabilidade entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (trabalhadores de saúde, usuários e rede social) em defesa dos direitos dos usuários.
2. Cogestão – um modo de gestão que inclui o pensar e o fazer coletivo, centrado no trabalho em equipe, na construção de espaços que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente.

¹⁵ Sujeito é uma terminologia utilizada pela Política Nacional de Humanização, portanto foi mantido no texto da dissertação.

3. Acolhimento - processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída; escuta qualificada, considerando suas preocupações e angústias, de forma a analisar a demanda e, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas e externas dos serviços, para continuidade da assistência quando necessário.
4. Valorização do trabalho e do trabalhador – vida dar visibilidade as experiências dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho; reconhecer que no mundo do trabalho há encontros e trocas que podem possibilitar a produção de novos sentidos no fazer saúde e novas experiências de invenção de vidas.
5. Defesa dos Direitos do Usuário - os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta hospitalar.
6. Fomento das grupalidades, coletivos e redes - coletivos ou multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares, etc.) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexão no desafio de produção de cuidado ampliado.
7. Construção da memória do SUS que dá certo - registro em arquivo e divulgação de práticas que tenham como proposta produzir novas formas de fazer saúde, comprometidas com a defesa da vida e ampliação da autonomia dos sujeitos com a intenção de valorizar o sistema de saúde junto à sociedade.

Para operacionalização das diretrizes da PNH são postos os dispositivos de humanização, que se traduzem como arranjos de processos de trabalho, mediante o qual se faz funcionar, se catalisa ou se potencializa um processo, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão, dos quais podemos citar:

1. Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) ou Comissão de Humanização - espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado e se destina a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade e aumento da equidade na

assistência e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos trabalhadores da saúde.

2. Colegiado Gestor - modelo de gestão participativa, centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva, (planeja quem executa), os colegiados gestores garantem o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação.

3. Contrato de Gestão – instrumento de pactuação de metas em três grandes eixos: a) ampliação do acesso, qualificação e humanização da atenção; b) valorização dos trabalhadores, implementação de gestão participativa; c) garantia de sustentabilidade da unidade.

4. Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: ouvidorias; grupos focais; pesquisas de satisfação - serviço representativo de demandas do usuário e/ou trabalhador de saúde e instrumento gerencial na medida em que mapeia problemas, aponta áreas críticas e estabelece a intermediação das relações, promovendo a aproximação das instâncias gerenciais.

5. Visita aberta e direito à acompanhante - dispositivo que amplia as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente.

6. Programas de qualidade de vida e saúde para os trabalhadores da saúde - projetos voltados para os sujeitos, individualmente, ou coletivamente, contemplando ações de diferentes eixos, levando em conta as necessidades/demandas de saúde. Comportam planos de ação assentados na avaliação das condições biopsicossociais.

7. Programa de Formação em Saúde e Trabalho (Educação Permanente) - aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

8. Equipes de Referência - grupo que se constitui por profissionais de diferentes áreas e saberes (interdisciplinar, transdisciplinar), organizados em função dos objetivos/missão de cada serviço de saúde, estabelecendo-se como referência para os usuários desse serviço.

9. Apoio Matricial - nova lógica de produção do processo de trabalho onde um profissional, atuando em determinado setor, oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se, assim, o esquema

tradicional e fragmentado de saberes e fazeres já que ao mesmo tempo que o profissional cria pertencimento à sua equipe, setor, também funciona como apoio, referência para outras equipes.

10. Projetos Cogeridos de Ambiência - discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço, visando proporcionar um ambiente voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana.

11. Acolhimento com Classificação de Riscos - mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática). Realizado por profissional da saúde que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento providenciando de forma ágil o atendimento adequado a cada caso.

As diretrizes e dispositivos da PNH buscam interferir nas formas de relacionamento na atenção e na gestão, já que são indissociáveis, a fim de catalisar os processos de mudança. Como método para disseminar este modo de fazer apresenta a tríplice inclusão, ou seja, inclusão dos sujeitos, dos movimentos e redes sociais e dos elementos discursivos e subjetividades que cada um destes traz para a roda.

A Política Nacional de Humanização surge com a pretensão de ser uma política instituinte na máquina do Estado para produzir outro modo de conexão com as forças do coletivo, transformando práticas ao mesmo tempo que produz novos modos de subjetivação. Para essa política, a tarefa é dupla e indissociável: produção de saúde e produção de sujeitos. Desse modo a PNH questiona o método, o “modo de fazer”, da máquina estatal. O desafio da PNH de encarnar os princípios do SUS na experiência concreta de sujeitos concretos, transformando práticas de saúde a partir da transformação dos sujeitos “exige todo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde” (YAHN; YASUI, 2014 p. 391).

Os princípios, conceitos e dispositivos da PNH são considerados pelo MS como o ponto de partida para o processo de monitoramento e avaliação na PNH na rede de atenção e gestão do SUS. E, para orientar gestores e trabalhadores nesse processo, em 2009, o MS publicou o manual com eixos avaliativos e indicadores de referência, para reflexão do processo de implementação de ações de humanização (estrutura e processo), e seus resultados (esperados e alcançados).

[...] a necessidade de manter um movimento avaliativo que provoque os coletivos para se capacitar, levantar, construir, inventar, e pactuar situações,

metas e indicadores que orientem a renovação do trabalho/serviços e propiciem aprendizagens coletivas – fomentar análises na perspectiva de uma avaliação participativa, formativa, emancipatória (BRASIL, 2009c, p. 7).

Em 2013, o folheto da PNH impresso pelo Ministério da Saúde por meio da Rede HumanizaSUS (BRASIL, 2013), destaca três princípios desta política: O princípio da transversalidade, enfatizando que a PNH deve estar presente em todas as demais políticas e programas do SUS, buscando transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato entre as pessoas e grupos, compartilhando experiências e saberes e incluindo aqueles que são assistidos, de modo a produzir saúde de forma mais corresponsável. O princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão, afirmando que as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde, por isso trabalhadores e usuários devem conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, participando ativamente da tomada de decisões. Assim como o cuidado e assistência à saúde não se restringem as responsabilidades da equipe de saúde, devendo os usuários e sua rede sociofamiliar se corresponsabilizarem pelo cuidado e tratamento. E, o princípio do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, destacando que com a ampliação da autonomia, vontade e corresponsabilidade de usuários e trabalhadores, mudanças na gestão e na atenção dos serviços de saúde são mais concretas.

Assim, a PNH como proposta metodológica, busca concretizar um “SUS que dá certo”, pois embora a política tenha surgido a partir dos problemas evidenciados pelos usuários e trabalhadores, bem como pelos desafios que o SUS ainda enfrenta, não parte deles, mas sim das experiências e das ações dos sujeitos de forma coletiva, orientadas por princípios ético-políticos para produzir possibilidades de mudanças e concretização do “SUS que dá certo” (SOUZA; MAURÍCIO, 2018, p. 500).

Podemos dizer que os problemas que inauguram a PNH não são novos no SUS e, embora esta política tenha surgido como proposta aos problemas evidenciados por usuários e trabalhadores, bem como aos desafios que o SUS ainda enfrenta, seus princípios éticos-políticos orientam uma prática coletiva, capaz de produzir mudanças concretas, por meio do envolvimento de gestores, trabalhadores e usuários, cujas ações são centradas na postura subjetiva que esses assumem.

De acordo com documento norteador do HumanizaSUS, a implementação da PNH pressupõe a atuação em vários eixos, objetivando a institucionalização e difusão dessa política, tais como:

- No eixo das instituições do SUS, pretende-se que a PNH faça parte dos Planos Estaduais e Municipais dos vários governos, aprovados pelos gestores e pelo Conselho de Saúde correspondente;
- No eixo da educação permanente, indica-se que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação, na especialização e nos demais cursos vinculando-a aos Pólos de Educação Permanente e às instituições formadoras;
- No eixo da informação/comunicação, indica-se por meio de ação da mídia e discurso social amplo - a inclusão no debate orgânico da saúde, visando à ampliação do domínio social sobre a PNH;
- No eixo da atenção, propõe-se que a PNH seja uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos, democratização da gestão dos serviços e ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intersectorialidade;
- No eixo do financiamento, propõe-se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os fundo a fundo mediante adesão, com compromisso, dos gestores à PNH;
- No eixo da gestão da política, indica-se que a PNH se articule, proponha e institua sistemática de acompanhamento e avaliação estimulando a pesquisa relacionada ao tema da humanização (BRASIL, 2003, p. 14-15).

Para a implementação desses eixos de atuação, bem como das diretrizes e dispositivos da PNH foi utilizado como método a ativação de coletivos de trabalhadores, gestores e usuários do SUS, tal qual desenvolvido pelo PNHAH. Os consultores do MS formaram apoiadores em todo o território nacional, visando a produção de conhecimentos e tecnologias capazes de dar sustentação a transversalidade proposta e fomentar o processo de capilarização e regionalização da PNH. Foi a partir desse movimento de capilarização e regionalização que quase dez anos depois da publicação da PNH, se desencadeou a construção da Política Estadual de Humanização (PEH) no estado de São Paulo, da qual discorreremos a seguir.

CAPÍTULO 2 – A POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE (PEH)

2.1 Histórico da Humanização no Estado de São Paulo

A participação da Secretaria do Estado de São Paulo (SES) no processo de humanização dos serviços de saúde foi iniciado em 2000, por meio da adesão de cinco hospitais da rede pública de saúde do estado¹⁶ ao projeto piloto do PNHAH. Entre 2001 e 2002, com apoio técnico e acompanhamento do Ministério da Saúde e a participação das Direções Regionais de Saúde (DRS) da Secretaria Estadual, o número de hospitais (estaduais, municipais e de ensino¹⁷) participantes desse projeto foi se ampliando, com a criação inicial de dois polos (capital e interior) e, posteriormente, seis micro-polos regionais (Campinas, Marília, Botucatu, São José do Rio Preto, Franca, Itapeverica da Serra e Limeira), que tinham dentre seus objetivos a ampliação e o fortalecimento das ações desenvolvidas na etapa piloto, o mapeamento das ações de humanização, a capacitação dos novos hospitais, a consolidação dos GTHs já existentes e a criação nos novos hospitais participantes.

A partir de 2003, ano da criação da PNH, a SES traçou um novo percurso de trabalho em humanização, descrito em cinco etapas: 1) Sensibilização de gestores e trabalhadores para a humanização (encontros temáticos, palestras, conferências, rodas de conversas, apresentação de experiências exitosas); 2) Aproximação com as diretrizes e dispositivos específicos da PNH (oficinas para gestores e trabalhadores); 3) Ampliação da rede de apoiadores em humanização (realização de curso de Formação de Apoiadores da Política de Humanização em parceria com o Ministério da Saúde e a Universidade de São Paulo/Departamento de Medicina Preventiva, com a formação de aproximadamente 180 apoiadores); 4) Capilarização e regionalização da humanização nos municípios, hospitais, ambulatórios e rede básica (constituição do Coletivo Ampliado de Humanização e criação de coletivos regionais e loco regionais de humanização). Conforme a PEH

¹⁶ Hospital Mário Gatti/SP, Hospital Santa Marcelina/SP, Hospital Ipiranga/SP, Hospital Leonor Mendes de Barros/SP, Hospital Mandaqui/SP.

¹⁷ Hospitais Estaduais (sob gestão financeira e operacional do governo estadual); Hospitais Municipais (sob a gestão operacional do município); Hospitais de Ensino (que pertencem ou são conveniados a uma Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, que servem de campo para a prática de atividades de ensino na área da saúde e que são certificados conforme o estabelecido na legislação do Programa de Certificação de Hospitais de Ensino.

(SÃO PAULO, 2012b), esse movimento de capilarização e regionalização, desencadeou, em 2011, a construção da Política Estadual de Humanização (PEH).

Em janeiro de 2012, a Resolução SS-03, de 09 de janeiro de 2012 instituiu o Núcleo Técnico de Humanização (NTH) como instância responsável da Secretaria Estadual de Saúde (SES) por coordenar a implementação da Política Estadual de Humanização e acompanhar o Programa de Apoio e Formação em Humanização¹⁸, nas instituições de saúde no estado de São Paulo.

O NTH, vinculado diretamente ao Gabinete do Secretário, assumiu a coordenação e presidência da Comissão de Humanização da SES/SP tendo como função garantir o alinhamento às diretrizes de gestão da SES, a disseminação do conceito de humanização nas unidades estaduais de saúde (hospitais, AMES e Centros de Referência da Mulher, de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST/AIDS, do Idoso - CRI, e de Álcool, Tabaco e outras Drogas - CRATOD), nos DRS's e municípios. Também fica sob sua coordenação técnica os programas de caráter humanizador da Secretaria, a Rede de Articuladores da PEH, os Diretores de Humanização nos DRS, o Serviço de Pesquisa de Satisfação de Usuários da SES e o Programa Conte Comigo. A Ouvidoria SES funciona de forma articulada e integrada ao NTH. Cabe ainda ao NTH o acompanhamento das ações e resultados da PEH, a inserção da humanização no desenho do processo de regionalização da saúde no estado de São Paulo e a inclusão das diretrizes e programas da PEH no Plano Estadual de Saúde 2012-2015¹⁹ (SÃO PAULO, 2012b).

Em maio de 2012, a Coordenadoria de Planejamento de Saúde da SES publicou a Deliberação CIB – 23/2012, aprovando a implementação da PEH, tendo como objetivos específicos:

I - estimular a integração, cultura do diálogo e cooperação entre as unidades, no âmbito regional e nos vários níveis da rede; II - estimular a criação, fortalecimento e integração de práticas de gestão e atenção humanizadas na saúde; III - fortalecer e integrar mecanismos de utilização da voz do usuário como ferramenta de gestão, como fator crítico para o aprimoramento das condições de trabalho e como forma de participação e controle social; IV - qualificar e apoiar gestores e profissionais com foco no planejamento, implantação e avaliação das práticas humanizadas nos serviços de saúde do Estado e dos municípios; V - contribuir para a multiplicação do conceito e da prática de humanização, oferecendo

¹⁸ Resolução SS-07, de 20 de janeiro de 2012, que dispõe sobre o Programa de Apoio Técnico e Formação em Humanização no Estado de São Paulo, acompanhamento das equipes responsáveis pela humanização e monitoramento dos resultados alcançados com a implementação da Política Estadual de Humanização.

¹⁹ A implementação da PEH está definida na Diretriz 7 do Eixo II – Fortalecimento do Gestor Estadual na Coordenação do SUS do Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2012-2015.

oportunidades de reconhecimento, publicação e disseminação das ações (SÃO PAULO, 2012a).

Após a aprovação na CIB foi disponibilizado no portal da SES/SP o detalhamento da PEH, com as diretrizes, orientações, metodologia, atribuições e estratégias de implantação da PEH em cada nível da rede coordenada pelo Núcleo Técnico de Humanização da SES. O quadro a seguir apresenta as etapas de implantação da PEH.

Quadro 2. Etapas de implantação da PEH de 2011 a 2014

ETAPAS	2011		2012												2013	2014	
	1º sem	2º sem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
01. Elaboração das diretrizes gerais da PEH																	
02. Formação da equipe NTH SES-SP																	
03. Mapeamento e sensibilização áreas SES-SP																	
04. 1ª fase de construção da PEH – unidades SES																	
05. Articulação com áreas SES																	
06. Parceria MS, COSEMS e SMS de SP																	
07. Criação de sistema de gestão PEH																	
08. Pesquisa de Satisfação de Usuários																	
09. Apoio e Formação em Humanização																	
10. Inclusão PEH no planejamento SES-SP																	
11. Formação GT tripartite (MS/SES/COSEMS)																	
12. Levantamento da humanização unid. SES-SP																	
13. 2ª fase de construção PEH – Estado/Municípios																	
14. Oficialização NTH SES-SP																	
15. Discussão crítica e validação da PEH																	
16. Processo seletivo Articuladores Humanização																	
17. Lançamento da PEH																	
18. Implementação da PEH Estado/Municípios																	
19. Inclusão <u>Índic Humz</u> em contratos prestadores																	
20. Avaliação da PEH																	
21. Adequação da PEH para 2013/2014																	
22. Encontro Estadual de Humanização																	
23. Implantação do Sistema de Premiação e Selo																	

Fonte: São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Núcleo Técnico de Humanização. Política Estadual de Humanização, 2012.

Conforme documento norteador da PEH, essa política tem como proposta o apoio à gestão dos serviços de saúde na implantação e fortalecimento de ações que contribuam para a melhoria da qualidade das relações entre usuários,

profissionais, gestores, instituições de saúde e comunidade. “É responsabilidade do Estado, em conjunto com os municípios, formular e implementar Política que viabilize e fortaleça localmente os princípios, as diretrizes e dispositivos propostos pelas Políticas Nacionais prioritária”. (SÃO PAULO, 2012b, p.7).

Como estratégia de implantação da PEH foram propostas três linhas de ação: 1) Formação de Centros Integrados de Humanização, 2) Apoio Técnico e Formação em Humanização e 3) Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Resultados.

2.2 Linhas de Ação e metodologia de implantação da PEH

A discussão crítica das linhas de ação, a metodologia de implementação e a validação das propostas foi realizada em reuniões do Grupo Técnico Bipartite da Política Estadual de Humanização e diretores dos DRS, Coletivos Regionais, Conselho Técnico Administrativo da SES, Diretoria do COSEMS, Câmara Técnica e CIB.

As principais linhas de ação da Política Estadual de Humanização foram definidas considerando as diretrizes da Política Nacional de Humanização, as necessidades da população no Estado, o perfil do sistema de saúde local, as principais diretrizes de gestão do governo e a experiência de implantação de ações e programas de humanização nos Departamentos Regionais de Saúde, nos municípios e unidades de saúde no Estado (SÃO PAULO, 2012b, p. 10).

Como metodologia para implementação das Linhas de Ação da PEH foi proposta a formação de grupos técnicos de humanização nos diferentes níveis de atenção à saúde, os quais seriam responsáveis pela formulação ascendente de planos de intervenção em humanização que atendessem as necessidades locais, conforme abordaremos no próximo subitem deste capítulo.

2.2.1 A Formação de Centros Integrados de Humanização

A PEH, sob a coordenação do NTH da SES, preconiza a formação dos Centros Integrados de Humanização (CIHs) nos diversos níveis de atenção à saúde no estado e nos municípios, contemplando os Departamentos Regionais de Saúde (Centro Regional Integrado de Humanização, Colegiados de Gestão Regional e Núcleos de Educação Permanente e Humanização), nos Municípios

(Centro Municipal Integrado de Humanização) e nas Unidades de Saúde (Centro Integrado de Humanização), tendo por objetivo:

[...] garantir a disseminação do conceito e da prática de humanização, favorecendo o trabalho em rede e contribuindo para a integração, a cultura do diálogo e da cooperação entre as unidades de saúde, no âmbito regional e nos vários níveis da rede. Devem, também, promover a multiplicação e capilarização dos processos de apoio e formação, assim como das ações de humanização (SÃO PAULO, 2012b, p.11).

Os Diretores de Humanização nos DRS's, em conjunto com os Articuladores de Humanização exercem um importante papel na implantação da política de humanização nos municípios e unidades de saúde. Cabe a estes:

Disseminar e potencializar as diretrizes e os dispositivos da PNH na sua região; Levantar dados para mapeamento de necessidades e ativos regionais orientadores do planejamento de ações, por exemplo, por meio da aplicação de formulários para levantamento do perfil da saúde e das necessidades nos municípios, formulação de plano/roteiro de visitas etc.; Analisar conjuntamente com as equipes técnicas do DRS, municípios e unidades os processos de trabalho, para identificação e categorização dos nós críticos que as equipes enfrentam no cotidiano; Propor estratégias de articulação entre as áreas do próprio DRS e integração local das Políticas de Saúde; Promover integração intersetorial, favorecendo relação com Articuladores de Atenção Básica, Planejamento, áreas técnicas do DRS, Ouvidorias e demais áreas de interface; Estimular a formação de Centros Integrados de Humanização nos municípios e unidades de saúde, responsáveis pela formulação de Planos Municipais e Institucionais de Humanização; Incentivar os Centros Integrados de Humanização a utilizarem Pesquisa de Satisfação de Usuários e análise dos resultados das manifestações em Ouvidorias como instrumentos para formulação dos Planos Regionais e Institucionais de Humanização; Facilitar a integração e intercâmbio entre os diversos Centros Integrados de Humanização, nos DRS's, municípios e unidades de saúde; Participar de encontros/oficinas de apoio e formação relativas à discussão conceitual e prática da PNH, PEH, CDQ/SUS propostas pelo NTH; Promover encontros de apoio e formação/capacitação regional, encontros, oficinas, visitas, acompanhamento remoto e documental, com metodologia ativo-participativa como preconiza a PNH e a Política de Educação Permanente; Elaborar Plano Regional de Humanização, de forma coletiva e ascendente, considerando: necessidades levantadas nos CGR's, propostas dos Planos Municipais de Humanização, dos PAREPS e relatórios da Ouvidoria, propostas regionais de Humanização, assim como o perfil e as necessidades de cada região; Planejar forma de participação nas Câmaras Técnicas e nos Colegiados de Gestão Regionais, garantindo inserção das propostas e experiências de Humanização na pauta das reuniões; Promover discussão local e regional sistemática para monitoramento e avaliação dos Planos Regionais de Humanização, de forma a retroalimentar a formulação dos Planos; Divulgar e disseminar conhecimentos, ações, programas e resultados dos planos de humanização (SÃO PAULO, 2012b, p. 18-19).

Quanto a constituição do CIH nas unidades de saúde ligadas a SES/SP, a orientação da PEH, SÃO PAULO (2012b), é que sejam vinculadas diretamente a alta direção das unidades, com equipe composta por profissionais com dedicação exclusiva para as atividades de implementação da PEH, e que integrem ao seu

funcionamento os serviços de escuta e atenção ao usuário e aos profissionais existentes nas unidades (Pesquisa de Satisfação de Usuários e Profissionais) a Comissão de Humanização ou GT, os programas de caráter humanizador desenvolvidos nas unidades, e a Ouvidoria (de forma cooperativa). As atribuições do CIH são: disseminar o conceito e as práticas de humanização, considerando a PNH e as linhas de ação e indicadores da PEH; contribuir para a integração entre as diversas áreas e serviços da unidade, e da unidade com os demais serviços de sua referência; promover a formulação e implementação de plano de intervenção institucional de humanização (com ampla participação de profissionais dos diversos setores e serviços da unidade); apoiar as estratégias de acolhimento e orientação aos usuários com maior vulnerabilidade (pactuação entre os níveis de atenção para garantia da integralidade do cuidado); e promover espaços de participação, cuidado e escuta do profissional de saúde.

Com o apoio técnico do NTH e suporte de profissionais dos DRS's (Articuladores de Humanização e Ativadores regionais) os CIH's devem ser instituídos como espaços de discussão e troca de experiências do cotidiano das instituições e, de forma participativa e colaborativa formular e implantar o plano institucional de humanização local.

Após a publicação da PEH, em novembro de 2012 a SES/SP publicou a Resolução SS-116, que dispõe sobre as diretrizes para implementação da PEH e dos CIH's nos serviços hospitalares, ambulatoriais e outros serviços no âmbito do estado, visando alinhar o trabalho de humanização realizado pelas unidades de saúde à proposta da PEH, ampliar, fortalecer e formar equipes técnicas de humanização. A resolução reafirma a necessidade de os CIH's estarem vinculados diretamente à alta direção da unidade, desempenhando a função de assessoria técnica relativa às ações e programas de humanização na unidade, e serem compostos por profissionais com dedicação exclusiva (no mínimo dois) para as atividades de implementação da PEH na unidade.

Dentre as atribuições do CIH nas unidades de saúde, descritas na Resolução SS-116, temos: contribuir com a disseminação da PNH e linhas de ação da PEH; fomentar a criação e sustentação de espaços coletivos de discussão e cooperação para análise dos nós críticos que as equipes enfrentam nos processos de trabalho; facilitar a integração entre as equipes ligadas ao processo de implementação das ações de caráter humanizador; incentivar a utilização da

análise de resultados de Pesquisa de Satisfação de Usuários e das manifestações dos Serviços de Atenção ao Usuário (SAU, Conte Comigo, Ouvidoria); propor estratégias de apoio e formação em humanização para os trabalhadores da unidade; fomentar e facilitar estratégias de integração da unidade à rede regional de saúde; participar de encontros/oficinas de apoio e formação relativas à discussão conceitual e prática da humanização propostas pelo NTH da SES; orientar o desenvolvimento e disseminar as ações, programas e resultados do Plano Institucional de Humanização (PIH); e encaminhar trimestralmente ao NTH relatório com as ações de humanização desenvolvidas.

Podemos observar que a PEH descreve de forma detalhada as atribuições de cada nível de atenção à saúde no estado e nos municípios para a implantação dos CIHs, tendo como objetivo garantir a disseminação do conceito e da prática de humanização e promover a multiplicação e capitalização desta política, por meio do diálogo e da cooperação entre as unidades de saúde. Em seguida, a SES publica uma resolução (SS-116 de 2012) que dispõe sobre as diretrizes para implementação da PEH e dos CIH's nos serviços hospitalares, reafirmando as atribuições destes, entre elas, fomentar e facilitar estratégias de integração da unidade hospitalar à rede regional de saúde e a pactuação entre os níveis de atenção para garantia da integralidade do cuidado.

Entretanto, às unidades hospitalares que não estão sob gestão direta do Estado ou do Município²⁰, como as entidades filantrópicas sem fins lucrativos (Santas Casas), não possuem poder liberativo em relação às outras unidades ou serviços da rede pública de saúde. De acordo com a PEH, cabe aos DRSs e Articuladores de Humanização facilitar a integração e intercâmbio entre as unidades de saúde, promover discussão local e regional sistemática para levantamento das necessidades, encontros de apoio e formação/capacitação e monitoramento, avaliação e retroalimentação de Planos Regionais de Humanização.

Ao contrário das unidades hospitalares, aos gestores municipais, há uma sugestão para a criação do Centro Municipal Integrado de Humanização (CMIH), uma alternativa para formação e/ou fortalecimento de grupos de discussão e proposição de ações de humanização no âmbito municipal (SÃO PAULO, 2012b).

²⁰ Vide Nota de Rodapé, p. 55.

Ou seja, depende de vontade política, interesse do gestor municipal. Deste modo, o que observamos na prática, é a criação do CIH nas unidades hospitalares para implementação de ações de humanização que visam a qualificação da atenção aos usuários desse serviço, muitas vezes circunscritas ao espaço institucional, sem que seja elaborado um Plano Regional de Humanização, em decorrência da falta de espaços coletivos pactuados (com o apoio do DRS) entre os níveis de atenção.

2.2.2 Apoio Técnico e Formação em Humanização

O Programa de Apoio Técnico e Humanização foi instituído pela Resolução SS-07, de 20 de janeiro de 2012, com o objetivo de oferecer apoio técnico e suporte para implantação e avaliação dos planos regionais e institucionais de humanização e estabelecer a rede de apoio e cooperação entre as unidades de saúde e os municípios, bem como ampliar os apoiadores de Humanização no processo de capilarização da Política Estadual de Humanização.

O apoio técnico foi proposto como metodologia para o desenvolvimento dos apoiadores de Humanização, cujo princípio fundamenta-se na discussão, problematização e trocas de experiências da realidade local dos serviços de saúde, visando despertar a capacidade de reflexão crítica e permanente dos profissionais, a fim de promover a transformação da prática de atenção e gestão em saúde, tal qual preconizado pela política de humanização.

Apoio é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Apresentam-se como tarefas primordiais do apoio: promover processos de mudança nas organizações, integrando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão e ofertar suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos (SÃO PAULO, 2012b, p. 24).

Este exercício é posto como um modo de fazer coletivo que promove a integração dos profissionais de saúde, a difusão de conhecimentos e práticas, o fortalecimento dos vínculos de cooperação e a reflexão crítica do fazer profissional, favorecendo a interface entre os objetivos institucionais e as necessidades cotidianas dos profissionais e usuários dos serviços de saúde.

YAHN e YASUI (2014) define a função apoio, como uma tecnologia institucional, bem difundida e incorporada por várias instancias de gestão do SUS, cuja nomenclatura foi sugerida para denominar o agente que se utiliza do método

da roda²¹ e, para diferenciá-la de outros papéis institucionais similares como consultor, supervisor e analista. Embora tenha sido experimentado como ferramenta de gestão por vários municípios a partir da década de 1990, com funções e atribuições delimitadas pela gestão, como apoio na educação permanente de trabalhadores e gestores, e incorporado pelo Ministério da Saúde como um instrumento de gestão estratégico, em 2003, foi pela Política de Humanização que essa ferramenta foi experimentada pela primeira vez em uma política nacional.

A roda de conversa proposta pela PNH, como método de inclusão de trabalhadores, gestores e usuários na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, foi incorporada como estratégia da PEH no processo de capilarização desta política. A operacionalização dessa estratégia se desenvolve por meio do apoio técnico junto as equipes de trabalho, para a formação em humanização e diagnóstico situacional, através das oficinas e encontros com as equipes de humanização, articuladores, ouvidores e técnicos nos DRS's, e profissionais responsáveis pelos grupos macrorregionais e pela criação e funcionamento dos CIH's em nível regional, municipal e nas unidades de saúde (SÃO PAULO, 2012b).

De acordo com o levantamento bibliográfico realizado para esta pesquisa, por meio do Estado da Arte (conforme descrito nos procedimentos metodológicos), entre os anos de 2009 e 2014 foram publicados artigos científicos com as narrativas dos apoiadores e participantes dos cursos de formação de apoiadores nos estados da Bahia (1 artigo), Pará (1 artigo), Espírito Santo (1 artigo), Rio de Janeiro (1 artigo), Florianópolis (1 artigo), Amazonas (1 artigo) e São Paulo (3 artigos), retratando a realidade vivenciada, desafios e experiências a partir desse dispositivo experimentado pela PNH entre os anos de 2005 a 2012.

Os entraves e os desafios do SUS, tão conhecidos pelos seus atores, foram tomados como ponto de partida para a PNH, que buscou reescrever as experiências, enfatizando a potência para reinventar a clínica, a gestão e os modos tradicionais de trabalhar em saúde. Assim, o tom de benevolência, de festividade e de 'perfumaria', que marcava a temática até então, foi substituído - ao menos na perspectiva dos documentos oficiais e nos posicionamentos de muitos apoiadores - pela radicalidade de um convite para que os envolvidos se atrevessem a repensar os processos de trabalho,

²¹ Método da roda ou Método Paideia é a terminologia utilizada pela Política Nacional de Humanização para denominar os espaços coletivos para o exercício da cogestão. Assunto abordado no Capítulo 3 desta dissertação.

transformando-os de forma a batalhar pela garantia de direitos de usuários e trabalhadores. (MARTINS; LUZIO, 2017, p. 17)

YAHN e YASUI (2014) ao narrarem sua experiência no apoio institucional por meio da PNH em municípios de pequeno porte do interior do estado São Paulo, problematizam as relações de poder entre a máquina estatal, os sujeitos e os “assujeitados”²², mencionando que a micropolítica e o autoritarismo institucional (historicamente constituído), dificultam a intervenção do apoiador no modo de fazer, de forma a considerar as singularidades e as necessidades locais. Nesse espaço a intervenção do apoiador visa a articulação de linhas de fugas²³ que identifiquem fissuras no modo de fazer hegemônico da relação entre os gestores, trabalhadores e usuários, possibilitando a produção de políticas públicas que traduzam na prática, os desejos singulares e emancipatório do território.

Segundo Martins e Luzio (2017), uma questão problemática à política de humanização é se os cursos de formação de apoiadores, promovidos desde 2006, conseguiram de fato produzir a ampliação da capacidade de análise e intervenção dos participantes. Ao promover ações descentralizadas nos estados e municípios, a partir do apoio institucional, da realidade e desafios locais, a PNH representa um marco na gestão federal, pois promove espaços de inflexões nos modos heterogênicos de cuidar e gerir na saúde, espaços democráticos de criação de sujeitos e não assujeitados. Mas, embora apoiadores tenham evidenciado que há sujeitos que se alimentam e atualizam os movimentos reformista (alinhados com a defesa de direitos e com a participação democrática no SUS, influenciados pelo movimento sanitário), temos um cotidiano marcado pela desumanização, com práticas desrespeitosas e violentas para com os usuários, com gestões autoritárias e corporativas, condições de trabalho que não atendem as necessidades dos trabalhadores e falta de financiamento adequado.

Importante relatarmos que, embora o apoio técnico componha as linhas de ação da PEH no processo de implementação dessa política, observamos que após 2012, ano de sua publicação, não localizamos material científico que retratasse essa experiência na realidade dos serviços de saúde no estado de São Paulo.

²² Terminologia utilizada pelos autores citados.

²³ Sobre Linha de fuga ver Gilles Deleuze e Félix Guattari. Conceito desenvolvido pelos autores para expressar o movimento de resistência, ruptura e produção de mudança.

2.2.3 Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Resultados

Como forma de avaliação da implementação da política de humanização foi sugerido pela PEH a utilização de indicadores e metas acordados entre as unidades de saúde e a SES e incorporados aos contratos de prestação de serviços entre estes, e monitorados pelo cronograma de execução dos Planos Institucionais de Humanização dos CIH's, resultados das Pesquisas de Satisfação e manifestações dos usuários nos serviços de Ouvidoria, SAU ou Conte Comigo.

Para execução e monitoramento das Pesquisas de Satisfação dos Usuários, a SES desenvolveu um sistema online de pesquisa de satisfação e qualidade para avaliar os serviços hospitalares e ambulatoriais das unidades de saúde prestadoras de serviços ao estado. Por meio de um questionário aplicado pelos profissionais das unidades de saúde aos usuários desses serviços, são avaliados os serviços de recepção, acomodação, limpeza, manutenção, os ambulatórios e o atendimento dos profissionais. As informações registradas no sistema da SES são convertidas em métricas que possibilitam avaliar a qualidade dos serviços com base nas informações obtidas dos questionários²⁴.

Já os serviços de Ouvidoria, SAU ou Conte Comigo, foram criados como forma de consolidar a participação popular na administração pública direta e indireta, regular as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos e assegurar a qualidade destes, em consonância com a Constituição de 1988²⁵. A Ouvidoria é responsável por receber as manifestações (reclamações, denúncias, elogios, sugestões e solicitações) dos cidadãos/usuários, analisar e encaminhar para a área responsável, funcionando como intermediadores, como canais democráticos de comunicação.

Em 2003 a PNH trouxe a Ouvidoria como dispositivo de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde, bem como, instrumento de gestão na qualificação dos serviços, por meio da gestão participativa. Em 2006, o Pacto de Gestão do SUS, prevê o apoio à implantação e implementação de Ouvidorias nos municípios e estados como ação de fortalecimento da participação social no

²⁴ Informações retiradas do Manual de Pesquisa de Satisfação (Manual PSAT). Data da criação: 11/09/2013. Data de versão: 21/10/2013. Versão: 02. P.23. Disponibilizado pela SES/SP às unidades de saúde prestadoras de serviços ao Estado.

²⁵ Artigo 37, parágrafo 3º, inciso I.

SUS²⁶. No mesmo ano o MS implanta o Sistema Ouvidor SUS, desenvolvido pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, em parceria com o Departamento de Informática do Ministério da Saúde (DATASUS). Posteriormente, outras leis e decretos foram publicados para regulamentar e efetivar as Ouvidorias nos serviços de saúde²⁷.

Especificamente, no estado de São Paulo, em abril de 2014 foi publicado pela SES, o Decreto 60.399 que define os procedimentos a serem observados pelas Ouvidorias dos serviços prestados pelo Estado. A partir de então, iniciou um processo de diagnóstico das Ouvidorias do Estado nos serviços estaduais e municipais e capacitações e monitoramento para o estabelecimento do trabalho em rede, visando qualificar esse serviço e incorporá-lo como indicador de implementação da PEH.

Como mecanismo de disseminação dos resultados a PEH propõe a divulgação e troca de experiências e boas práticas em humanização no portal HumanizaSES e a premiação dos serviços de saúde com o Selo HumanizaHosp²⁸. Para a PEH:

Processos de avaliação permanente e participativa dos resultados das políticas de saúde são fundamentais para a qualificação das ações e para a correção dos rumos de trabalho. Assim como são indissociáveis formação, conhecimento e transformação da realidade são também indissociáveis planejamento e avaliação dos processos de intervenção e melhoria das práticas de saúde. O desenvolvimento de novas estratégias e a sustentação de ações exitosas depende da análise das mudanças alcançadas e do grau de disseminação das ações (SÃO PAULO, 2012b, p. 12).

Em consonância com a proposta da PNH, que propõe a inserção da política de humanização nos Planos Estaduais e Municipais de governo, no estado de São Paulo objetivos específicos e indicadores da PNH são inseridos no Plano Estadual de Saúde 2012-2015 para monitoramento frequente, conforme podemos observar no quadro a seguir.

²⁶ Eixo 7, tópico 7.1, alínea 'e'.

²⁷ Ver Guia de Orientações Básicas para Implantação de Ouvidorias do SUS.

²⁸ As categorias e critérios para as unidades de saúde concorrerem ao Selo HumanizaHosp estão descritas na Política Estadual de Humanização.

Quadro 3. Objetivos específicos e indicadores definidos no Plano Estadual de Saúde/2012-2015.

	1	2	3	4	5
Indicador	CIH em funcionamento e de acordo com a metodologia PEH	Planos de Intervenção construídos e validados	Voz do Usuário como ferramenta de Gestão	Participação nos encontros de Apoio e Formação	Inclusão de informações no Portal HumanizaSES
Objetivo	Estimular a integração, cultura do diálogo e cooperação entre as unidades de saúde, considerando a perspectiva das redes regionais de atenção à saúde.	Estimular a criação, fortalecimento e integração de práticas de gestão e atenção humanizadas considerando as áreas temáticas: humanização da assistência ao parto, saúde do idoso, saúde mental, entre outros.	Fortalecer e integrar mecanismos de utilização da voz do usuário como ferramenta de gestão e forma de participação e controle social.	Qualificar e apoiar gestores e profissionais com foco no planejamento, implantação e avaliação das práticas humanizadas nos serviços de saúde do Estado e dos municípios.	Contribuir para a multiplicação do conceito e da prática de humanização, oferecendo oportunidades de reconhecimento, publicação e disseminação das boas práticas.
Frequência da Medição	Semestral	Anual	Trimestral	Mensal	Mensal

Fonte: São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Núcleo Técnico de Humanização. Política Estadual de Humanização, 2012.

Em 2014, a SES/SP publicou a Resolução SS nº .13, de 05-02-2014 que determina os critérios para acompanhamento e manutenção de repasses financeiros referentes ao programa de Auxílio Financeiro às Instituições Filantrópicas (Santas Casas), denominado Santas Casas SUSstáveis. As Santas Casas ou hospitais que fizeram adesão a esse convênio (formalizado por meio de Termo de Compromisso junto a SES/SP), para receberem o recurso financeiro, deveriam atender, cumulativamente, doze requisitos, dentre eles: “cumprir as metas propostas na Política Estadual de Humanização de acordo com os instrumentos disponíveis no site www.humanizases.saude.sp.gov.br”, sendo que “o não cumprimento das metas pactuadas implicará na revisão dos valores do Auxílio ou na sua supressão” (SÃO PAULO, 2014).

Artigo 1º - O Auxílio Financeiro às Instituições Filantrópicas - Santas Casas SUSTentáveis tem por objetivo contribuir para o desenvolvimento de um parque hospitalar de referência, no Estado de São Paulo, capaz de prestar serviços de saúde de qualidade e resolutivos, de média e de alta complexidade, que atendam às necessidades e demandas da população, em especial aquelas encaminhadas pelo setor de regulação do acesso e integrar as redes de atenção à saúde no estado (SÃO PAULO, 2014).

Em abril de 2014, a SES/SP publicou a Resolução SS nº 39, em 09-04-2014, constando o mapa de indicadores para o monitoramento da estratégia Santa Casas Sustentáveis. Os doze requisitos se desdobram em 35 indicadores, divididos em Indicadores de Qualificação da Gestão e Indicadores de Produção²⁹. O indicador de implementação da PEH compõe os Indicadores de Qualificação da Gestão e é composto por nove itens:

- 1) Constituir Centro Integrado de Humanização (Resolução SS-116, de 27/11/2012);
- 2) Elaborar Plano Institucional de Humanização (Resolução SS-116, de 27/11/2012);
- 3) Implantar um dos Serviços de Escuta Qualificada (Ouvidoria, SAC, Conte Comigo);
- 4) implementar Visita Aberta ou Ampliada (conforme PNH);
- 5) Aplicar Pesquisa de Satisfação do Usuário;
- 6) Implementar Direito a Acompanhante (conforme PNH);
- 7) Aplicar formulário de classificação de Ambiência (conforme modelo do NTH);
- 8) Implementar Colegiado Gestor (conforme PNH);
- 9) Fazer parte de no mínimo uma Rede Regional de Atenção à Saúde (temática).

De acordo com manual de monitoramento da SES/SP, os indicadores de implementação da PEH serão avaliados por meio do relatório de monitoramento do Articulador de Humanização, que também será responsável pelo apoio sistemático às unidades de saúde para implementação desse indicador e inserção dos

²⁹ Os indicadores são avaliados pela Comissão de Monitoramento Regional, com a participação de técnicos do DRS, das áreas de Planejamento, Contratação de Serviços de Saúde e Auditoria; pela Comissão de Monitoramento Estadual, composta por técnicos da Coordenadoria de Regiões de Saúde, Coordenadoria de Serviços de Saúde, Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços Saúde, Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Financeira, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo; e pelo Núcleo Técnico Executivo, subordinado à Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

documentos comprobatórios na CROSS³⁰. As unidades de saúde serão avaliadas considerando os parâmetros estabelecidos no manual.

Quadro 4. Parâmetros de implementação da PEH nas unidades.

PONTUAÇÃO	PARÂMETROS QUANTITATIVOS	PARÂMETROS QUALITATIVOS
Não Implantado 00 pontos	Nenhum item em processo de construção	Fragilidade no apoio do gestor, fragilidade no grau de participação a equipe da unidade no processo de formação em humanização; ausência de PIH.
Em implantação 01 pontos	Quatro primeiros itens em processo de construção.	Apoio do gestor; boa participação a equipe da unidade no processo de formação em humanização; PIH que considera os dispositivos da PNH e os indicadores do Projeto Santas Casas Sustentáveis.
Implantado 02 pontos	Quatro primeiros itens implantados e demais itens em processo de construção.	Significativo apoio do gestor; significativa participação a equipe da unidade no processo de formação em humanização; PIH que considera os dispositivos da PNH e os indicadores propostos em fase de implementação.

Fonte: Orientação sobre o Mapa de Indicadores. Resolução SS-39 de 09-04-2014. São Paulo, Agosto, 2016.

No ano de 2017, a Resolução SS - 95, de 24-11-2017, dispõe sobre as alterações dos critérios para acompanhamento e manutenção dos repasses financeiros referentes ao Auxílio Financeiro Santas Casas SUSstentáveis, trazendo alterações no modo de avaliação de alguns indicadores. Visando fundamentar as regras gerais e específicas a serem adotadas pelas Comissões de Monitoramento

³⁰ **CROSS** (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde). Plataforma eletrônica da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Tem finalidade de operacionalizar as ações e acompanhamentos por meio de um sistema que dá visibilidade a toda rede de saúde.

Regional e orientar os representantes da gestão e das instituições quanto a correta documentação comprobatória em cada indicador, o Núcleo Técnico Executivo (NTE) da SES/SP criou em 2019 um documento de orientações quanto ao mapa de indicadores atualizado. Para os indicadores da PEH fica estabelecido que serão avaliados trimestralmente, por meio do relatório que comprove a constituição do CIH e atividades desenvolvidas pela equipe (Relatório A11.1) e do relatório de acompanhamento do PIH (Relatório A11.2)³¹, elaborados pela equipe da instituição de saúde e inserido na CROSS pelo Articulador de Humanização³².

A partir de 2019, os parâmetros para a avaliação da implementação da PEH passam a analisar informações qualitativas relacionadas aos processos de trabalho das grupalidades de humanização e o apoio sistemático dos apoiadores do NTH/SES/SP para efetivação dos PIH e qualificação da atenção e gestão nos serviços de saúde, como podemos observar no quadro a seguir.

Quadro 5. Parâmetros de implementação da PEH a partir de 2019.

Indicador da Política Estadual de Humanização	Pontuação
Inexistência nos seguintes aspectos: grupalidades, PIH e apoio sistemático da Rede de Apoiadores e Núcleo Técnico de Humanização da SES/SP, de acordo com orientações A11.1 e A11.2.	0
Adequação dos aspectos: grupalidades, PIH e apoio sistemático da Rede de Apoiadores e Núcleo Técnico de Humanização da SES/SP, de acordo com orientações, mas com necessidade de qualificação de acordo com orientações A11.1 e A11.2.	1
Qualificação dos aspectos: grupalidades, PIH e apoio sistemático da Rede de Apoiadores e Núcleo Técnico de Humanização da SES/SP, de acordo com orientações, mas com necessidade de qualificação de acordo com orientações A11.1 e A11.2.	2

Fonte: Orientações para as Comissões de Monitoramento Regional quanto ao Mapa de Indicadores do Auxílio Financeiro Santa Casa Sustentável - 2019.

³¹ Orientações para as Comissões de Monitoramento Regional quanto ao Mapa de Indicadores do Auxílio Financeiro Santa Casa Sustentável - 2019.

³² Resolução SS – 98, de 6-12-2017 - Dispõe sobre a complementação do Programa de Apoio Técnico e Formação em Humanização no Estado de São Paulo e das atribuições dos Articuladores de Humanização no acompanhamento e monitoramento da implementação da Política Estadual de Humanização - PEH, a que se reporta a Resolução SS-07, de 20-01-2012 e dá providências correlatas.

Ao analisarmos as resoluções SS-116 de 27 de novembro de 2012 e SS-13 de 05 de fevereiro de 2014 publicadas pela SES/SP, evidenciamos que as mesmas materializam as propostas da PEH, principalmente no que se refere a constituição do CIH nas unidades de saúde e, conseqüentemente, a elaboração do PIH e apoio do Articulador de Humanização e NTH da SES/SP, inclusive condicionando a efetivação dessa política a supressão de recursos financeiros, conforme descrito na resolução SS-13.

Diante do exposto, observamos que a PEH se configura como documento norteador para gestores e trabalhadores, descrevendo de forma detalhada as atribuições de cada nível de atenção à saúde (no estado e nos municípios) no processo de implantação, monitoramento, avaliação e disseminação da política de humanização. E, posteriormente, as resoluções supracitadas, publicadas pela SES/SP, criam mecanismos de fiscalização para implementação da PNH em nível hospitalar, não explicitando ou exigindo dos outros serviços as atribuições ora descritas na PEH.

Considerando que dentre as ações preconizadas pela PEH para humanização dos serviços de saúde vinculados a SES, consta a necessidade de integração da unidade hospitalar à rede regional de saúde e a pactuação entre os níveis de atenção para garantia da integralidade do cuidado, cabe-nos identificar as estratégias de ação para implementação desta política nos territórios, foco de análise do próximo item deste capítulo.

2.3. Os Grupos Macrorregionais e a implantação da PEH

Como citamos no começo desse capítulo, a participação da Secretaria do Estado de São Paulo (SES) no processo de humanização dos serviços de saúde foi iniciada em 2000, com a adesão dos hospitais da rede pública de saúde do estado, ao projeto piloto do PNHAH. Nos anos que se seguem (2001 e 2002), o número de hospitais (estaduais, municipais e de ensino) foi se ampliando com a criação dos micros polos regionais, objetivando a ampliação e fortalecimento das ações de humanização nos territórios.

Considerando que a capilarização da política de humanização se dá por meio de experiências exitosas e do apoio de consultores, técnicos, gestores e profissionais sensíveis a temática, a estratégia da SES/SP visa ampliar o número

de apoiadores, com o curso de Formação de Apoiadores da Política de Humanização, e a regionalização dos planos de intervenção de humanização, por meio dos grupos macrorregionais no Estado de São Paulo.

A proposta da PEH é que os grupos macrorregionais recebam apoio e acompanhamento do NTH e da equipe regional de Ativadores de humanização para promoverem o processo de capacitação dos grupos de humanização nos territórios e formulação dos planos de intervenção, com base nas necessidades locais e boas experiências que possam ser referência para a proposição dos planos regionais e macrorregionais. Cabe ao grupo macrorregional a formação e fortalecimento dos profissionais do DRS que compõe a equipe de humanização (Diretor e Articulador de Humanização, membros do Centro de Qualificação e Desenvolvimento para o SUS, Ouvidoria, Articuladores de Atenção Básica, Planejamento e áreas técnicas dos DRS) para constituírem o Centro Regional Integrado de Humanização (CRIH) e este por sua vez, apoiar o município e as unidades de saúde na constituição dos Centros Municipais Integrados de Humanização (CMIH) e Centros Integrados de Humanização nas unidades (CIH), e formulação e acompanhamento de planos de intervenção municipais e institucionais em humanização, inseridos no planejamento estratégico do município ou das unidades de saúde (SÃO PAULO, 2012b).

A composição dos grupos macrorregionais foi discutida e validada em encontro das equipes de humanização dos DRS's, em reuniões do NTH e com a equipe de humanização da Secretaria Municipal de SP, ficando definido a formação de nove (09) grupos nas macrorregionais. A formação dos grupos levou em consideração o desenho das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) e dos DRS's, o perfil local das estruturas de atenção e das lideranças e profissionais sensibilizados ao tema e, os resultados das ações já realizadas e das necessidades atuais em termos de humanização da atenção e da gestão em saúde da região (SÃO PAULO, 2012b).

Apresentamos no próximo quadro a composição dos grupos macrorregionais.

Quadro 6. Composição dos Grupos de Macrorregionais.

Grupos de Macrorregionais 1	DRS	RRAS	Grupos de Macrorregionais 4	DRS	RRAS	
Fernandópolis	DRS XV São José do Rio Preto (101 mun.)	12	Bragança	DRS VII Campinas (42 mun.)	16	
Santa Fé do Sul			Jundiá			
Jales			Campinas			
Votupornaga			Oeste VI	DRS XIV S.J.da Boa Vista (20 mun.)		15
São José do Rio Preto			Rio Pardo			
José Bonifácio			Mantiqueira			
Catanduva			Baixa Mogiana			
Dos Lagos do DRS II	DRS II Araçatuba (40 mun.)	12	Araras	DRS X Piracicaba (26 mun.)	14	
Central do DRS II			Rio Claro			
Dos Consórcios do DRS II			Limeira			
Grupos de Macrorregionais 2	DRS	RRAS	Piracicaba			
Alta Mogiana	DRS VIII Franca (22 mun.)	13	Grupos de Macrorregionais 5	DRS	RRAS	
Três Colinas			Circuito da Fé/Vale Histórico	DRS XVII Taubaté (40 mun.)	17	
Alta Anhanguera			Vale Paraíba/Região Serrana			
Norte- Barretos	DRS V Barretos (19 mun.)	Alto Vale do Paraíba				
Sul - Barretos		Litoral Norte				
Vale das Cachoeiras	DRS XIII Ribeirão Preto (26 mun.)	13	Baixada Santista	DRS IV Baix.Sant. (9 mun.)	07	
Horizonte Verde			Vale do Ribeira	DRS XII Registro (15 mun.)		
Aguífero Guarani			DRS III Araraquara (24 mun.)	13	Sorocaba	DRS XVI Sorocaba (48 mun.)
Norte do DRS III	Itapetinga					
Centro Oeste do DRS III	Itapeva					
Central do DRS III	Grupos de Macrorregionais 6	DRS			RRAS	
Coração do DRS III	Mananciais	DRS I (39 mun.)			04	
Grupos de Macrorregionais 3	DRS		RRAS	05		
Alta Paulista	DRS XI Presidente Prudente (26 mun.)	11	Rota dos Bandeirantes	DRS I (39 mun.)	03	
Extremo Oetes Paulista			Franco da Rocha			
Pontal do Paranapanema			Grupos de Macrorregionais 7	DRS		RRAS
Alta Sorocabana			Alto Tietê	DRS I (39 mun.)		02
Alto Capivari			Grande ABC			01
Adamantina	DRS IX Marília (62 mun.)	10	Grupos de Macrorregionais 8	DRS	RRAS	
Tupã			Norte	DRS I (39 mun.)	06	
Marília			Centro Oeste			
Assis			Sul			
Ourinhos	Grupos de Macrorregionais 9	DRS	RRAS			
Lins	DRS VI Bauru (68 mun.)	09	Sudeste	DRS I (39 mun.)	06	
Bauru			Leste			
Jaú						
Polo Cuesta						
Vale do Jurumirim						

Fonte: São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Núcleo Técnico de Humanização. Política Estadual de Humanização, 2012.

Este quadro apresenta a composição de cada grupo macrorregional na implementação da PEH no estado de São Paulo, no entanto, considerando o recorte empírico desta pesquisa, nos deteremos a análise do processo de implementação da PEH nos Grupos de Macrorregionais 2.

2.3.1 Grupos Macrorregionais 2 – Sob o olhar da Humanização

Os Grupos das Macrorregionais 2, lócus dessa pesquisa, pertencem a Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 13, que se localiza na macrorregião Nordeste do Estado de São Paulo e é composta pelos Departamentos Regionais de Saúde de Araraquara (DRS III), Barretos (DRS V), Franca (DRS VIII) e Ribeirão Preto (DRS XIII), com 90 municípios agregados em 12 diferentes Regiões de Saúde abrangendo uma população de cerca de 3.628.762 habitantes (SEADE, outubro 2022).

Figura 2 – Mapa Divisão geográfica da RRAS 13 – Araraquara-Barretos-Franca-Ribeirão Preto



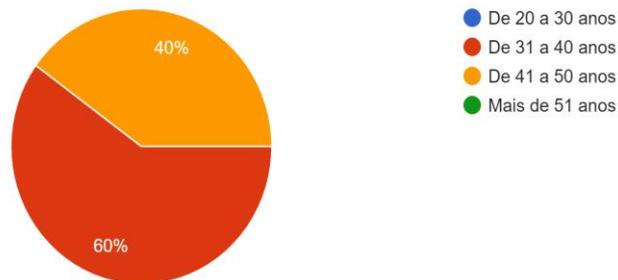
Importante destacarmos que não encontramos registros documentais ou produções científicas sobre o processo de disseminação da PEH nos Grupos Macrorregionais 2. Portanto, para análise desse processo nestas regionais, será utilizada a pesquisa de campo realizada com os profissionais (assistentes sociais e profissionais de outras áreas) membros do GTH ou CIH das Santas Casas (considerando o recorte empírico do objeto da pesquisa) que aceitaram (em

consonância com os gestores dessas instituições) o convite para participarem desta pesquisa.

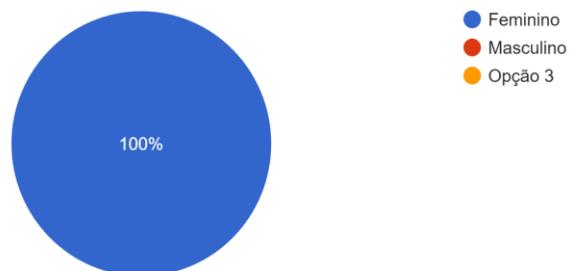
A primeira parte do roteiro de entrevista (online), consiste em levantar o perfil dos profissionais participantes, abordando as perguntas: idade, sexo, estado civil, número de filhos, formação profissional, regime de contratação, cargo exercido e tempo de trabalho na instituição. Apresentaremos a seguir os dados obtidos pelo instrumento de pesquisa respondido nas 04 (quatro) unidades hospitalares que aceitaram o convite para participarem da pesquisa. Iniciaremos pelos dados dos 05 (cinco) profissionais membros do GTH e/ou CIH e, em seguida dos 09 (nove) assistentes sociais.

Quanto a idade, as respostas mostram que os cinco participantes apresentam idade entre 31 a 50 anos, sendo 100% do sexo feminino.

Qual a sua idade?
5 respostas



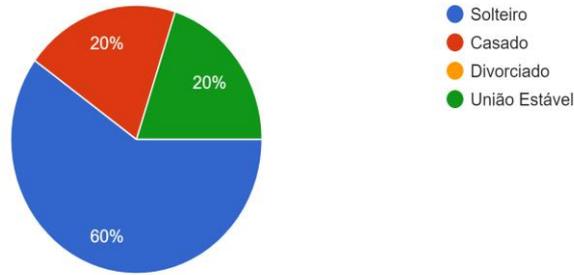
Sexo:
5 respostas



Para a questão relacionada ao estado civil, 60% responderam ser solteiras e os outros 40% se dividem em casadas e união estável. Para a questão relacionadas ao número de filhos, 40% responderam não se aplica, 40% tem um filho e 20% tem dois filhos.

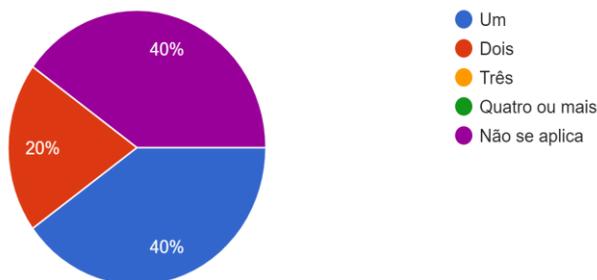
Estado Civil :

5 respostas



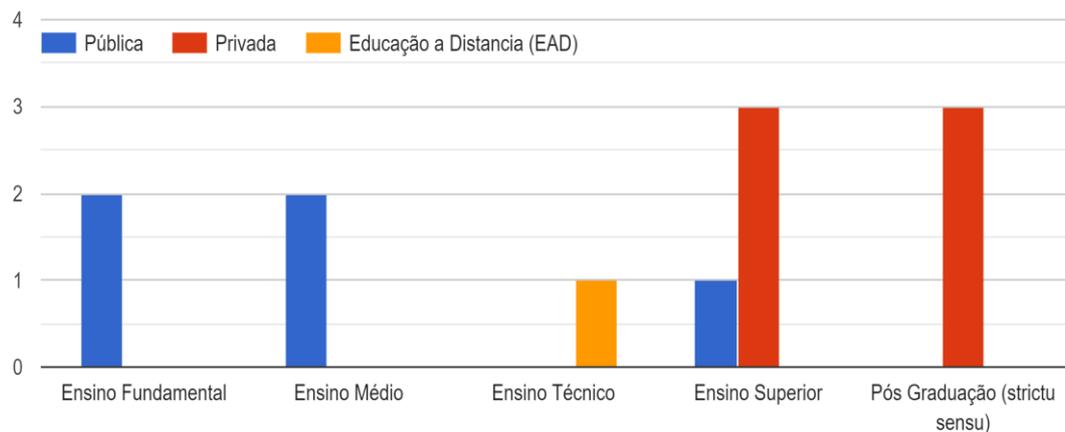
Filhos:

5 respostas



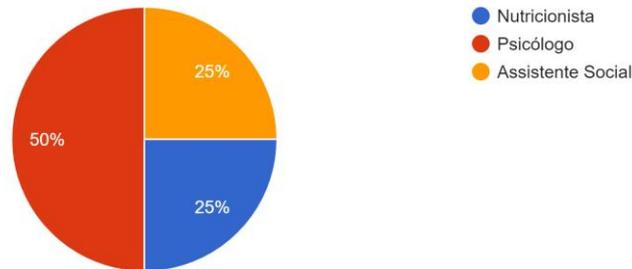
Sobre a formação profissional, no ensino fundamental e médio a prevalência é no ensino público, já no ensino superior temos 01 (um) no público e 03 (três) no privado, na pós graduação 03 (três) privadas e 01 (um) curso técnico EAD, sendo que 01 (um) não respondeu.

Formação Profissional:



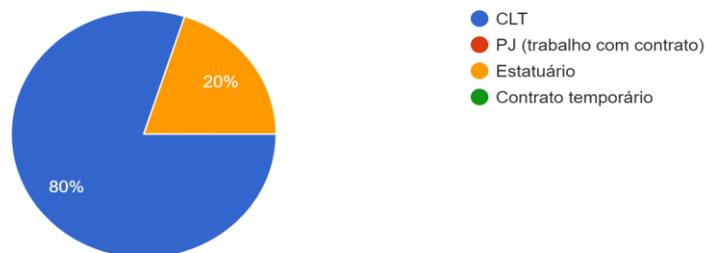
A questão a respeito do Cargo/Função também foi respondida por apenas 04 (quatro) participantes, destes 02 (dois) psicólogos, 01 (um) nutricionista e 01 (um) assistente social (que não trabalha como assistente social).

Profissão/Cargo
4 respostas

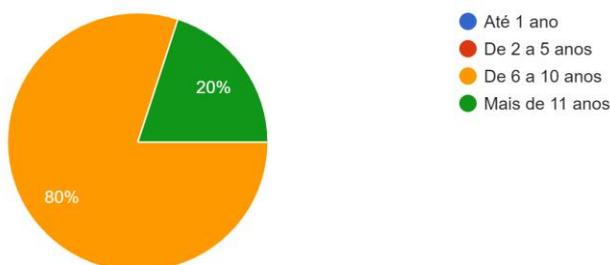


Quanto ao regime de contratação, 04 (quatro) responderam estar sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e 01 (uma) estatutário. E, o tempo de trabalho na instituição, 01 (uma) respondeu ser mais de 11 anos, as outras 04 (quatro) referem ser entre 6 e 10 anos.

Regime de contratação (vínculo empregatício)
5 respostas

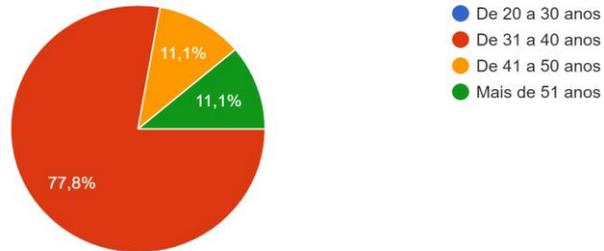


Tempo de trabalho na instituição atual:
5 respostas

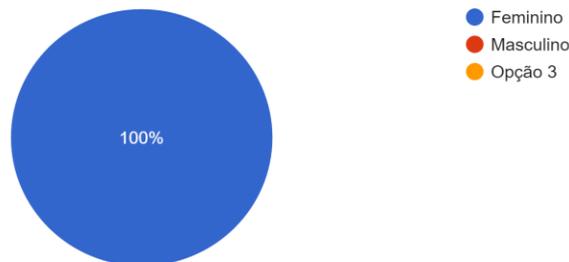


Para as 09 (nove) assistentes sociais participantes foram realizadas as mesmas perguntas relacionadas ao perfil profissional. Quanto a idade, 07 (sete) responderam ter entre 31 e 40 anos, 01 (uma) entre 41 e 50 anos e 01 (uma) mais de 51 anos, mantendo 100% do sexo feminino.

Qual a sua idade?
9 respostas

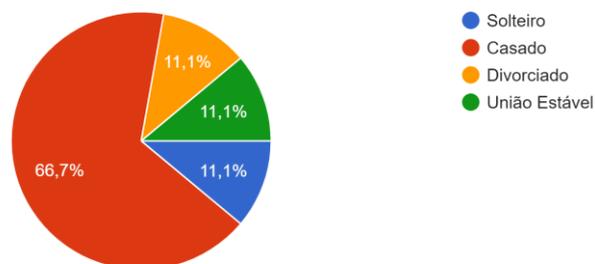


Sexo:
9 respostas

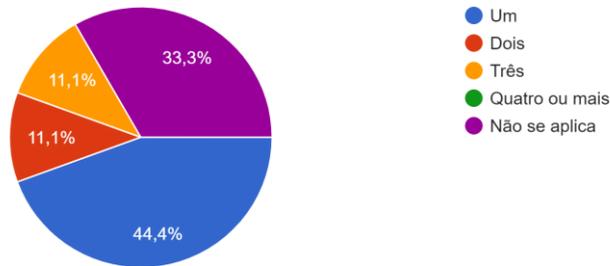


Para as questões estado civil e número de filhos, o maior número, 67%, respondeu ser casada e 78% ter 01 (um) ou 02 (dois) filhos.

Estado Civil :
9 respostas



Filhos:
9 respostas



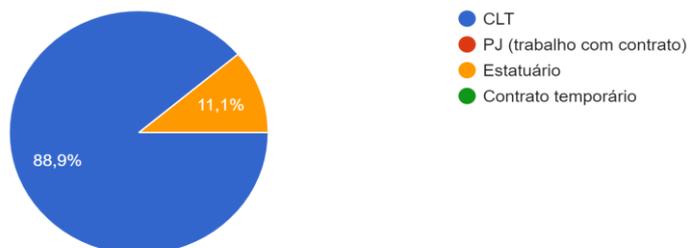
Quanto a formação profissional apenas uma relatou ser em instituição de ensino pública.

Formação Profissional:

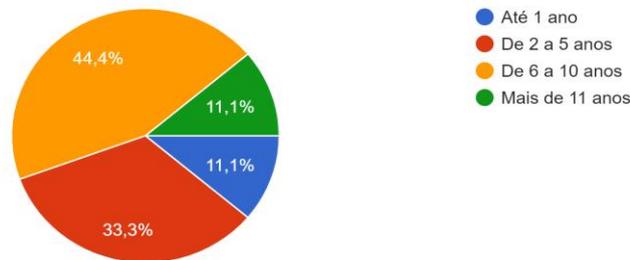


Para o tipo de vínculo trabalhista se manteve como maioria das respostas o regime por CLT e, para o tempo de trabalho, mais de 70% trabalham entre 2 e 10 anos na instituição de saúde.

Regime de contratação (vínculo empregatício)
9 respostas



Tempo de trabalho na instituição atual:
9 respostas



De modo geral, a pesquisa teve como participantes, 14 (quatorze) profissionais do sexo feminino, com idade entre 31 e 51 anos, a maior parte casadas, com filhos (entre 1 e 3 anos). Destas, 10 (dez) são formadas em Serviço Social, 02 (duas) em Psicologia e 01 (uma) em Nutrição, em sua maioria em instituições de ensino público no nível fundamental e médio, e em instituições privadas ou EAD em nível de graduação e pós graduação, com exceção de uma assistente social (graduada em ensino público). Em relação ao tempo de trabalho nas instituições, 05 (cinco) trabalham entre 2 e 5 anos, 06 (seis) entre 6 e 10 anos, 01 (uma) há 1 ano e 02 (duas) há mais de 11 anos, sendo que destas apenas 02 (duas) em regime estatutário, as demais em regime de contratação CLT.

Quando analisamos as respostas quanto ao tempo de participação desses profissionais nos grupos de humanização (GTH/CIH), as informações trazem uma variação de 1 a 8 anos, sendo o maior número de respostas entre 5 e 8 anos. Se comparado ao referencial teórico, esse período de 8 anos coincide com o ano em que foi publicado a resolução *Santas Casas Sustentáveis* (2014), cuja mesma trazia como obrigatoriedade a implantação do CIH e dos indicadores de implementação da PNH e linhas de ação da PEH, entre os critérios de pontuação para o direito ao repasse financeiro em relação ao convênio firmado. Uma das participantes apresenta de forma explícita essa relação da humanização com indicadores e pontuação.

Todos as diretrizes da política de humanização estão implantadas, executadas e monitoradas. O Centro Integrado de Humanização em sua luta constante e árduo vem ganhando espaço e pontuando baseado em indicadores. (AS 4)

Observamos também que quando responderam quanto ao processo de implantação da política de humanização na instituição, se reportaram as diretrizes e

dispositivos que foram propostos como indicadores desse convênio entre as instituições e o estado de São Paulo.

Atualmente contamos com a Visita Aberta; Ouvidoria; Pesquisa de Satisfação; Clínicas Ampliadas; Programa de Orientação em Saúde Mental; Ambiência. (GTH/CIH 2)

Temos implantado o Acolhimento e Classificação de Risco; - Colegiado Gestor e Câmara Técnica de Humanização; - Equipe Multiprofissional para Alta Responsável; - Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Centro Integrado de Humanização (CIH); - Projeto Terapêutico Singular (PTS); - Projetos co-geridos de ambiência; - Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde, ouvidorias, e pesquisas de satisfação; - Visita aberta e Direito a acompanhante; - Visita Guiada da Gestante. (GTH/CIH 1)

De forma simplificada: • Clínica Ampliada; • Co-gestão; • Acolhimento; • Valorização do trabalho e do trabalhador; • Defesa dos Direitos do Usuário; • Fomento das grupidades, coletivos e redes. (CIH 3)

Temos projetos e rotinas implantadas que exigem avaliação e monitoramento relacionadas a clínica ampliada, acolhimento, ambiência e valorização do usuário. Sobre as diretrizes temos ACCR, GTH, colegiado gestor, equipe matricial e de referência, PTS e outros. (CIH 4)

Direito a acompanhante para menores de 18 anos e a adultos a partir de 60 anos, gestantes no pré parto, parto e pós parto, e pessoas com deficiência ou quaisquer graus de comprometimento físico ou mental. Horário de visita ampliada, visita religiosa, acolhimento e classificação de riscos, clínica ampliada e compartilhada, reuniões interdisciplinares para discutir ações de humanização para usuários e colaboradores. (CIH 5)

Atualmente na Santa Casa colocamos em pratica: acolhimento com classificação de risco, monitoramento de contrarreferência, alta responsável, clínica ampliada, valorização do trabalhador (programas voltados a qualidade de vida e gestão compartilhada), ambiência e ouvidorias. (GTH/CIH 6)

A composição do GTH e CIH nestas instituições segue o modelo proposto pelo PNHAH, ou seja, “compostos pelas equipes de trabalho, de gestores e trabalhadores de saúde dos hospitais (lideranças representativas nesses espaços)” (BRASIL, 2001, p.16).

O GTH é composto por assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, atendentes, farmacêutica e dentista. (AS 3)

Temos representantes da equipe multidisciplinar, sesmt, supervisores, coordenadores, gerentes, enfermeiros, educação continuada e permanente, qualidade, financeiro, técnico em enfermagem, dho, comunicação e centro de ensino. (GTH/CIH 3)

O CIH é composto por representantes da Diretoria Técnica, Administração de Pessoas, Serviço Social, Desenvolvimento Humano, Enfermagem, Gerência Assistencial, Ouvidoria, Psicologia, Serviço de Apoio, Serviço de Nutrição e Dietética e Serviço de Recepção. (AS 4)

Em consonância com a composição do GTH e CIH citada pelas participantes da pesquisa, Rios (2009) afirma que depois do PNHAH, vários hospitais decidiram adotar um outro modelo de grupo de humanização, composto por profissionais de nível superior da saúde, tecnicamente competentes para a articulação da PNH com a macropolítica institucional, vindos das áreas de gestão, planejamento, qualidade, ouvidoria, recursos humanos e desenvolvimento, coordenados por profissionais com maior poder de comunicação e argumentação junto à diretoria do hospital.

Quanto a coordenação dos grupos de humanização participantes da pesquisa, obtivemos como respostas que dois são coordenados por psicólogas, um por assistente social, e um por enfermeira, mas os dados não revelam a relação desses profissionais com a diretoria do hospital.

Tal qual proposto pela Resolução SS-116, em novembro de 2012 pela SES/SP, os CIH's desempenham uma função de assessoria técnica relativa às ações e programas de humanização nos serviços hospitalares.

Mensalmente temos encontros para discutir pautas de interesse da Política Nacional de Humanização. Mudanças nem sempre é tarefa fácil, mas o grupo se empenha para que elas aconteçam. (GTH/CIH 1)

A Política Nacional de Humanização propôs um novo olhar para a gestão dos processos de trabalhos, frente a isso estimulou a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários o princípio para mudanças que devem ser construídas de forma coletiva e compartilhada. Sendo assim como membro do GTH/CIH, não me sinto sozinha para esse olhar humanizado e desafiante entre todas as equipes. Nos reunimos para levantar os pontos críticos e planejar as ações de humanização, apresentamos os resultados dessas ações, divulgamos o processo de humanização no hospital, trabalhamos para que essas informações cheguem aos usuários. (AS 3)

Os gestores, bem como funcionários, participam ativamente das ações, e trazem ideias para fortalecer o CIH. (GTH/CIH 6)

Podemos identificar nos relatos registrados o reconhecimento desses espaços (CIH e GTH) como mecanismos de gestão participativa, fortalecimento dos profissionais no coletivo e planejamento de estratégias para a implementação de ações de humanização. Todavia, de modo geral, reafirmam o desenvolvimento de diretrizes de humanização voltadas à qualificação da atenção e gestão das próprias unidades hospitalares, como Acolhimento, Acolhimento com Classificação de Risco, Visita Ampliada, Direito a Acompanhante, Ouvidoria, Pesquisa de Satisfação, Cogestão, Ambiência, Valorização do Trabalhador, Clínica Ampliada. Não relatam ou identificam ações de apoio dos Articuladores de Humanização ou DRS's na Macrorregional, considerando as necessidades e oportunidades locais, regionais e

municipais e, o entendimento ampliado dos elementos políticos e culturais dos serviços disponíveis neste território.

Das 14 (quatorze) participantes da pesquisa, 01 (uma) registra o fomento das grupalidades, coletivos e redes e 02 (duas) a Alta Responsável. Esses são dispositivos da PNH e da PEH para articulação dos processos de trabalho das equipes, gestores e redes de atenção, visando a continuidade e integralidade do cuidado dos usuários da saúde no território. A alta hospitalar responsável, deve ser entendida como a transferência do cuidado, e ser realizada com a efetivação das seguintes estratégias:

- I - Orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;
- II - Articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica; e
- III - Implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS (BRASIL, 2013).

O processo de Alta Responsável exige a participação dos profissionais para o trabalho em rede e para discussão de projetos terapêuticos, a organização de fluxos e processos de trabalho para a articulação dos serviços de saúde da área de abrangência e de outras políticas sociais, com o apoio dos Articuladores de Humanização. Este apoio junto aos hospitais e demais pontos da rede tem por objetivo o levantamento das necessidades e dificuldades entre as equipes e a revisão dos processos de trabalho³³.

Como mencionamos anteriormente, a falta de registros documentais disponíveis ou produções científicas nesta Macrorregional nos impossibilita de traçarmos considerações quanto a execução e resolutividade do trabalho em rede desse território. Com base na vivência profissional neste espaço ocupacional, aponto que a utilização de Fóruns regionais em outras macrorregionais tem apresentado experiências exitosas a respeito. No entanto, na Macrorregional 2 (universo desta pesquisa), tal estratégia não tem sido evidenciada, corroborando com YAHN e YASUI (2014) quanto as dificuldades de intervenção do apoiador no modo de fazer em municípios de pequeno porte do interior do estado São Paulo. Embora os hospitais convidados a participarem desta pesquisa estejam situados

³³ Vide página da SES/SP - www.saude.sp.gov.br/humanizacao .

em municípios do interior do estado, com identificação populacional³⁴ entre médio e grande porte (entre 50.001 a 711.000 habitantes), mantem as características mencionadas pelos autores no que se refere ao autoritarismo institucional na micropolítica nos serviços de saúde.

Neste capítulo, retratamos o percurso da SES/SP no processo de implantação da política de humanização no estado, iniciado no ano de 2000, por meio da adesão ao PNHAH, bem como, o movimento para capilarização e regionalização desta política, que culminou na publicação da PEH em 2012. Com base na PEH, documento norteador para gestores e trabalhadores da saúde, descrevemos as estratégias de implantação, as linhas de ação e as atribuições de cada nível de atenção à saúde para implementação, monitoramento, avaliação e disseminação da política de humanização no estado de São Paulo. Pelo exposto, observamos a efetivação das estratégias da SES/SP por meio da utilização de indicadores e metas incorporados aos contratos de prestação de serviços e, publicação de resoluções que corresponsabilizam as instituições hospitalares pela implementação da PEH, via termo de adesão a convênio com repasse de recursos financeiros. No entanto, evidenciamos o desenvolvimento de diretrizes de humanização voltadas à qualificação da atenção e gestão das unidades hospitalares, desconsiderando as necessidades e oportunidades locais, regionais e municipais e, o entendimento ampliado dos elementos políticos e culturais dos serviços disponíveis neste território.

Com a análise dos dados da pesquisa de campo, identificamos o perfil dos profissionais (dentre eles as assistentes sociais) e as diretrizes e dispositivos da PNH implantados nas unidades hospitalares dos Grupos das Macrorregionais 2 (lôcus dessa pesquisa), que aderiram ao convênio proposto pela SES (Resolução SS-13 de 05 de fevereiro de 2014). No próximo capítulo abordaremos algumas dificuldades e desafios cotidianos dos profissionais, participantes dos grupos de humanização (GTH e/ou CIH) no processo de implementação das diretrizes e dispositivos da política de humanização, bem como a compreensão e utilização da metodologia proposta pela PNH (tríplice inclusão), por meio da gestão participativa e cogestão.

³⁴ Informações disponíveis no site www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br – informações socioterritoriais.

CAPÍTULO 3 – A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO E O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

3.1 Gestão participativa e Cogestão – potencializadores da Humanização

Antes de adentrarmos a análise sobre a percepção dos profissionais participantes desta pesquisa em relação a gestão participativa e cogestão no cotidiano de trabalho, faremos uma breve contextualização e análise histórica da gestão participativa na saúde pública no Brasil.

Em um sentido mais amplo, podemos dizer que gestão participativa e cogestão são caracterizadas pela forma democrática da tomada de decisões. Para a PNH:

Gestão participativa é um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho. A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético política que visa democratizar as relações no campo da saúde. (BRASIL, 2009a, p. 10)

Em mapeamento da produção acadêmica recente no Brasil sobre o tema participação, a maior parte dos estudos compreende a participação social como

componente essencial para a preservação do direito universal às políticas de seguridade social, construção da cidadania e fortalecimento da sociedade civil, relacionando diretamente à concepção da participação como parte do processo de democratização do Estado. (VIANNA, 2009 *apud* BRAVO; MENEZES 2012, p. 257).

A participação social se consagrou como marco da construção democrática das políticas públicas, com o movimento da Reforma Sanitária, cujas reivindicações que apontavam para um modelo de atenção à saúde fundamentado nas necessidades da população, foram efetivadas na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (LOS). A LOS composta pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 definiu os mecanismos de participação popular e controle social e as competências das três esferas de governo (BRASIL, 2009b).

Segundo Bravo e Menezes (2012), historicamente, no Brasil, o controle social foi entendido apenas como controle coercitivo do Estado sobre a população, ao contrário do sentido de controle social inscrito na Constituição, que é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das

políticas sociais. Embora o CNS tenha sido instituído pela Lei nº 378, de janeiro de 1937, quando atuava como órgão consultivo do Ministério da Saúde, foi na década de 1990, com a nova Constituição Federal Brasileira e a criação do SUS, que se configurou um novo CNS, com ampla representação social e com caráter permanente e deliberativo.

A Lei nº 8.142/1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, considerando como instâncias colegiadas:

1. A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.
2. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 2006b).

O CNS reafirma o espaço democrático de gestão do SUS, por meio da gestão participativa, como mecanismo fundamental em defesa dos direitos sociais. A gestão participativa é uma estratégia transversal, presente no cotidiano dos processos de gestão, formulação e deliberação conjunta de profissionais de saúde e comunidade para consolidação do SUS.

Formular e deliberar juntos significa um avanço para o controle social – e este é o efetivo desafio apresentado à gestão participativa, que requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores que efetivem a participação popular. Pressupõe, portanto, a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças. [...]Assim, a gestão estratégica e participativa encontra-se presente nos processos cotidianos do SUS, sendo transversal ao conjunto de seus princípios e diretrizes. (Brasil, 2009b, p. 10)

Além dos Conselhos e Conferências, foram instituídos como espaços de negociação e gestão da saúde, as Comissões Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito nacional, e as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), com representações dos municípios e do estado; sendo que estas Comissões também exercem importante papel na gestão participativa. No entanto, para PNH, a gestão participativa não pode estar restrita a essas instâncias formalizadas para participação cidadã na saúde. A participação dos trabalhadores e usuários nas decisões do SUS deve ser ampliada, valorizada e incentivada no dia a dia dos serviços de saúde. Para uma gestão democrática nos serviços e nas práticas

cotidianas de saúde é preciso criar espaços de encontro, entre os usuários, sua família e rede social com os trabalhadores e equipes de saúde, alterando os modos de organização dos processos de trabalho, redefinindo tarefas e responsabilidades. O modelo de gestão proposto pela PNH “é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em espaços coletivos que garantam que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente” (BRASIL, 2009a, p. 12).

Para promover a gestão participativa, ou seja, o SUS como política democrática e solidária, com tratamento digno respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo, a PNH propõe o método da tríplice inclusão (trabalhadores, gestores e usuários) como forma de incluir sujeitos e coletivos nos processos de gestão e produzir mudanças no modos de cuidar e de fazer gestão. Esse método, denominado de Método Paideia foi apresentado como:

[...] a criação de espaços coletivos para o exercício da cogestão considerando a análise de demandas multivariadas, oferta de quadros de referência para sua compreensão (produção de textos) e a construção e contratação de tarefas (corresponsabilização), considerando não só a função primária da organização de saúde (produzir saúde), mas também a produção de sujeitos (função secundária das organizações) (Brasil, 2009b, p. 23).

Desse modo, cogestão significa a inclusão de novos sujeitos na análise de contexto, problematização e na tomada de decisão, de modo que todos possam participar dos processos de gestão, produzindo espaços de aculturação e socialização do conhecimento. A PNH propõe arranjos e dispositivos³⁵ para o exercício da cogestão, tais como o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), o Colegiado Gestor, os Contratos de Gestão, Ouvidoria, Equipe de Referência, Projeto Terapêutico singular (PTS), Direito a Acompanhante, Visita aberta, entre outros.

Com base nessa fundamentação teórica acerca da gestão participativa, ao analisarmos o cotidiano vivenciado na pesquisa de campo, identificamos que as participantes do GTH e/ou CIH reconhecem nesses dispositivos uma forma de manter latente a participação dos usuários e profissionais na gestão dos processos de trabalho nos serviços de saúde.

Os usuários participam através do que é levado até os mesmos como por exemplo conhecendo seus direitos e também os deveres, através da

³⁵ Explicitados no Capítulo 1 – 1.2, páginas 42 a 44.

ouvidoria e pesquisa de satisfação. Os trabalhadores também fazem parte do GTH, cada setor tem seu representante, os gestores também participam do GTH. (CIH 1)

Os usuários participam como protagonista no processo de tratamento, por exemplo, através das clínicas ampliadas; os trabalhadores participam como membro do GTH e como participantes de ações voltadas a qualidade de vida no trabalho e os gestores com o apoio técnico, motivacional. (CIH 2)

Vejo a participação dos usuários por meio das pesquisas de satisfação e pelas manifestações da Ouvidoria, porém dos outros públicos, muito tímida a atuação. (CIH 3)

Vimos que a PNH considera, dentre os seus princípios norteadores, a construção do protagonismo dos sujeitos individuais e coletivos implicados na rede SUS, destacando que com a ampliação da autonomia, vontade e corresponsabilidade de usuários e trabalhadores, são produzidas mudanças concretas na gestão e na atenção dos serviços de saúde. No entanto, no cotidiano dos serviços de saúde, percebemos, mesmo que de forma discreta no relato dos profissionais, que essa autônoma profissional para propor mudanças, muitas vezes se restringe aos processos de trabalho e a utilização dos dispositivos Ouvidoria, Pesquisa de Satisfação e GTH.

Por meio de ouvidoria interna e reuniões setoriais ou do próprio GTH os profissionais tem liberdade para propor melhorias. (AS 1)

Todos têm autonomia em propor mudanças para a melhoria do processo de trabalho, a implantação deve ser em comum acordo com a Gestão. GTH/CIH 1)

Aqui a gestão proporciona autonomia, o GTH tem muita autonomia para propor ações e melhorias em todas as esferas de hierarquia. (GTH/CIH 2)

Nós temos total autonomia para discutir sobre melhorias de trabalho e na qualidade dos serviços prestados. Discutimos em equipe e coordenação. (AS 8)

A gestão da Santa Casa propõe que seja compartilhada, sendo assim, na maioria das vezes o colaborador constrói junto com seu gestor ações de melhorias ligadas a humanização. (GTH/CIH 6)

A participação se dá principalmente pelo CIH e GTH. A autonomia profissional é limitada atualmente. (AS 6)

São mudanças e processos impostos, sem participação dos trabalhadores. (AS 4)

Esses relatos evidenciam que o GTH e CIH são compreendidos pelos profissionais como espaços institucionais de gestão participativa, na proposição de melhorias nos processos de trabalho, mas evidenciam também que os trabalhadores vivenciam dificuldades no cotidiano do seu trabalho no que se refere

aos processos decisórios. O fato dos profissionais se reunirem nesses espaços não significa que possuem autonomia nas decisões sobre as propostas levantadas, pois para que as mesmas se efetivem na prática precisam ser levadas e aceitas por outras pessoas, ou outros espaços, que não os propostos pela PNH.

Gostaria que todos tivessem mais autonomia, sinto que ainda esbarramos em muita burocracia, além das vaidades e egocentrismo por parte de supervisores, chefes, etc. (CIH 5)

Percebo que os profissionais apresentam muitas e ótimas ideias, contudo existem barreiras relacionadas a gestão e questões pertinentes à custos. (CIH 4)

Essas manifestações vêm ao encontro do que apresenta Calderon e Verdi (2014), que no cotidiano dos serviços de saúde a gestão vivenciada pelos trabalhadores revela um modo de gerenciar o trabalho segundo as regras tayloristas, normatização burocrática, com poder de planejar e decidir do “chefe”, limitando a ideia de participação e as possibilidades de mudanças vislumbradas pelos trabalhadores. Deste modo, a não participação dos trabalhadores em processos decisórios não favorece o estabelecimento de relações democráticas ou de convivência solidária, pelo contrário, reduz os espaços de reflexão, dificulta a autonomia dos sujeitos e exacerba a alienação dos trabalhadores, mantendo o poder centralizado na gerência ou nos cargos superiores, que controlam e determinam os processos de trabalho no cotidiano dos profissionais.

As dificuldades se materializam nas diversas dimensões, sendo as principais, conforme vivenciado: na gestão dos serviços (projeto institucional alheio à saúde como direito, com viés liberal, lógica de mercado e centrado no modelo biomédico); trabalhadores desvalorizados, sobrecarregados e adoecidos, com dificuldade na apreensão da atenção humanizada (até pelas próprias condições de trabalho). (AS 6)

Os efeitos destrutivos causados pela alienação no trabalho, decorrentes desta lógica (taylorista, fordista) no cotidiano do trabalho contemporâneo, produzem processos de trabalho fragmentados, realizados de forma mecânica, repetitiva e desconectada do processo global de produção de saúde. A alienação causa a destituição do sentido do trabalho, o constrangimento à vontade humana e diminui a potência instituinte desse espaço. A proposta da PNH para o enfrentamento dessa realidade sob a égide do capitalismo, passa pela “ampliação da participação da sociedade e a transparência no processo de discussão, que são condições essenciais para a consolidação de um sistema público e democrático” (BRASIL, 2009a, p. 22).

A PNH reconhece que há desafios para a mudança nas práticas e na gestão dos serviços de saúde e sinaliza o método da tríplice inclusão como uma das inovações do SUS para gestão participativa. No entanto, podemos observar nos relatos dos participantes que para a efetivação desse método no cotidiano institucional ainda se deparam com as dificuldades relacionadas a falta de conhecimento, de apoio e participação ativa de usuários, profissionais e gestores.

Falta conhecimento/instrução dos Usuários. Tenho a percepção que desconhecem seus direitos baseado na Política de Humanização. Ainda se sentem coagidos. Os Trabalhadores assimilam a Política de Humanização apenas com benefícios, para entendimento precisam ser motivados pelos gestores. Falta apoio na participação das atividades de humanização. Os Gestores precisam ser mais presentes, apoiadores e envolvidos nas ações. Pouco se fala, desconhecem. (AS 4)

A participação poderia ser mais ativa, vejo muita passividade e até obrigatoriedade de alguns profissionais participarem desse espaço, visão essa que poderia ser muito diferente. (CIH 3)

Percebo que muitos tem interesse em implantar ações, porém a falta de apoio dos gestores causa frustração e a longo prazo desinteresse. (CIH 5)

Para que a inclusão de novos sujeitos no processo decisório se concretize como prática de gestão nas organizações de saúde, faz-se necessário a constituição de políticas institucionais efetivas que viabilizem o exercício da cogestão. A mudança no modo de gestão demanda uma mudança cultural, vontade política, provisão de condições concretas, alteração no modo de produção e fluxos de poder, processos de comunicação transversais, não somente entre os iguais (chefes com chefes, médicos com médicos, enfermeiros com enfermeiros, entre outros). Para a produção de sujeitos autônomos e corresponsáveis pela produção de saúde, é preciso que o exercício da cogestão não seja só discursivo (BRASIL, 2009a).

Podemos perceber pelos relatos dos profissionais participantes do GTH/CIH que há vontade por parte de alguns profissionais de utilizarem esse espaço como canal de proposição de melhoria dos processos de trabalho e das condições de trabalho dos profissionais, tal qual proposto pela PNH; mas, as condições materiais e subjetivas nos serviços de saúde ainda dificultam o avanço por meio da almejada gestão participativa.

Percebo total engajamento em todas as ações dos profissionais exclusivos do CIH. Embora existam integrantes disponíveis e colaborativos, todavia observo dificuldades quando os projetos envolvem alguns membros não exclusivos e de gestão. (CIH 4)

Há uma tentativa, porém a falta de conhecimento faz com que o trabalhador não faça o uso desse espaço para propor melhorias, muitas das vezes, os trabalhadores trazem situações isoladas e individuais. Há muito a se fazer, porém atualmente vejo algumas mudanças de conduta e/ou olhar para os funcionários, mesmo diante de poucos recursos (CIH 3)

Acredito que uma porcentagem compreenda, estimule e participe de forma direta ou indireta de todo processo de implantação, contudo é possível observar dificuldades e limitações que precisam ser superadas durante todo processo. (CIH 4)

Observamos que os participantes da pesquisa identificam profissionais engajados e atuantes na implementação da política de humanização, mas também se referem a falta de apoio dos gestores, utilizando o termo gestores não apenas para se dirigirem a “alta gestão”³⁶, mas de modo geral, aos profissionais que exercem cargos de liderança (gerentes, supervisores, líderes de equipes) que, por não apoiarem as ações, impedem as mudanças, gerando frustrações e desinteresse dos próprios membros dos grupos de humanização.

De acordo com Rios (2009) os grupos de humanização são formados por profissionais que ocupam outros cargos dentro da instituição, que não contam com tempo específico para as atividades propostas pela Política de Humanização e que, embora possuam condições técnicas e operacionais, não conseguem transcender a competência técnico-política institucional e dar andamento as propostas de humanização, principalmente quando a autoria destas não é compartilhada pela maioria, despertando a vaidade, competitividade e individualismo presente nesses grupos. E, sinaliza a necessidade de revisão da metodologia utilizada pelos grupos de humanização, por outro formato, mais adequado às exigências técnicas que hoje são imprescindíveis para a Humanização, sendo que, a participação efetiva das instancias gestoras, a valorização dos profissionais e a educação permanente, são estratégias para a efetivação do protagonismo dos trabalhadores e da gestão participativa.

O CIH foi proposto em 2012 pela PEH como estratégia de apoio para implementação das diretrizes e dispositivos da PNH, entre eles, a gestão participativa e cogestão, visando facilitar a mudança de cultura no modo de gestão dos serviços de saúde e a promoção de relações cooperativas, responsáveis e com a participação de todos os envolvidos (profissionais, gestores e usuários).

³⁶ Termo utilizado pela PNH para referir-se a quem tem poder de decisão nas instituições de saúde (presidente, provedor, diretor, administrador).

A pesquisa de campo realizada no território da RRAS 13, nos mostra que os CIHs foram criados nos serviços hospitalares e Santas Casas participantes do Programa do estado de São Paulo, Santas Casas Sustentáveis. Porém, os relatos dos profissionais participantes desses grupos (GTH/CIH) trazem dificuldades vivenciadas no cotidiano de trabalho impeditivas e incompatíveis com práticas democráticas e relações solidárias.

Neste cenário, as assistentes sociais, junto aos demais profissionais dos serviços de saúde, têm sido requisitadas a integrar o GTH/CIH, participando da implementação da Política de Humanização no SUS, utilizando como estratégia de ação, a mobilização dos atores dos serviços de saúde, de modo a envolvê-los no processo de mudança no modelo de atenção e gestão dos serviços de saúde. A mobilização dos sujeitos envolvidos nesse processo é essencial na humanização, pois para consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, sob a perspectiva da integralidade e universalidade proposto pela PNH, faz-se necessário a participação consciente destes, baseada em uma visão de totalidade.

3.2 O Serviço Social e sua interface com a Política de Humanização na saúde

De acordo com Bravo e Matos (2004) as Escolas de Serviço Social no Brasil surgiram em meio a conjuntura da década de 1930 e 1940, sob influência europeia; posteriormente substituída pela influência norte-americana. A expansão do Serviço Social no país ocorre a partir de 1945, motivada por exigências e necessidades relacionadas ao aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças que ocorreram no panorama internacional, em função do término da 2ª Guerra Mundial.

Desde o início, a formação profissional foi pautada em disciplinas relacionadas à Saúde, e nesta década, a ação profissional na Saúde se amplia, sendo o setor que mais emprega assistentes sociais no Brasil, fato atribuído ao novo conceito de saúde (vinculado ao agravamento das condições de saúde da população), enfocando os aspectos biopsicossociais.

Nas décadas que se seguem (1950 e 1960) os assistentes sociais na saúde priorizaram suas ações no nível curativo, mantendo como *lócus* central os hospitais e ambulatórios. Após 1964, com a modernização conservadora implantada no país, o Serviço Social sofreu profundas transformações, rebatendo no trabalho do assistente social na área da saúde.

O Serviço Social na saúde vai receber as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária – maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. Foi utilizada uma terminologia mais sofisticada e coerente com o modelo político-econômico implantado no país (BRAVO, 1996 *apud* BRAVO; MATOS, 2004. p.6).

O trabalho do assistente social na saúde inicia-se como uma atividade subsidiária de caráter curativo e educativo-preventivo, para a mobilização de recursos e reintegração dos usuários da saúde à família e ao trabalho e, junto as equipes interdisciplinares fornecendo dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente. No entanto, o trabalho do Serviço Social na área da saúde não se mantém circunscrito à prestação de serviços diretos às pessoas e a manutenção da força de trabalho. O assistente social trabalha sobre diversos aspectos sociais relacionados com a doença e o indivíduo doente, e através do diálogo desenvolve atividades numa dimensão psicossocial, de forma que o doente participe ativamente de um processo contínuo de ação e reflexão que lhe permita compreender a situação em que se encontra, se conscientizar das causas e consequências da doença e participar de seu tratamento. Além das atividades na dimensão psicossocial, o assistente social atua no planejamento, organização e administração de programas de saúde pública, realiza e colabora com pesquisas como membro de equipe de Saúde.

De acordo com Martinelli (2011) o assistente social é reconhecidamente um profissional da saúde, tendo sua ação legitimada por marcos legais e normativos, tais como: as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n. 218, de 6 de março de 1997, e do Conselho Federal de Serviço Social n. 383, de 29 de março de 1999, a Resolução n. 196, de 1996, que trata da ética em pesquisa, envolvendo seres humanos. Outro importante documento elaborado com ampla participação da categoria profissional e do Conselho Federal do Serviço Social “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, evidencia a intervenção dos profissionais na área da saúde e reforça a importância de reconhecer os usuários da saúde como sujeitos de direitos, em um contexto de cidadania e de democracia. Os assistentes sociais consolidam sua identidade profissional e se fortalecem quando são capazes de humanizar o exercício profissional, não somente por força da política de humanização, mas sobretudo porque a área da saúde é onde se

trabalha a vida em suas múltiplas manifestações, desde o nascimento, infância, juventude, vida adulta, processo de envelhecimento, até a finitude.

No documento do CFESS sobre os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, considera-se que o assistente social na saúde desenvolve suas ações profissionais nas dimensões: Assistencial; em Equipe; Socioeducativa; Mobilização, Participação e Controle Social; Investigação, Planejamento e Gestão; Assessoria, Qualificação e Formação Profissional, sendo essas complementares e indissociáveis. Este documento apresenta subsídios para ampliar o debate e reflexão dos profissionais face as ações realizadas na política de saúde e algumas ações consideradas polêmicas que são transferidas para o assistente social, entre elas, a humanização. Destacando que:

O assistente social precisa debater o significado da humanização com a equipe a fim de evitar visões distorcidas que levem a uma percepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e redução de tensão. A concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde doença, as condições de trabalho e os modelos assistencial e de gestão. Nesta direção, cabe aos profissionais desencadearem um processo de discussão, com a participação dos usuários, para a revisão do projeto da unidade de saúde, das rotinas dos serviços e ruptura com o modelo centrado na doença. [...] A Política Nacional de Humanização não pode estar dissociada dos fundamentos centrais da política de saúde e a garantia dos princípios do SUS, e deve ter como referencial o Projeto de Reforma Sanitária (BRASÍLIA, 2009, p. 27-28).

Os assistentes sociais têm sido chamados para compor os grupos de trabalho de humanização, dispositivos criados pela PNH, para constituírem-se como espaço coletivo organizado, participativo e democrático, nos equipamentos de saúde, cujo objetivo é a construção de propostas para promover as ações humanizadoras que aprimorem a rede de atenção em saúde, as inter-relações das equipes e a democratização institucional nas unidades de prestação de serviço ou nos órgãos das várias instâncias do SUS.

[...] no âmbito institucional, os assistentes sociais, através do atendimento e das ações educativas, possibilitam o conhecimento dos direitos sociais, a reflexão sobre o processo saúde-doença, além de estímulo ao exercício do controle social, gerando a construção coletiva de estratégias que viabilizem a efetivação dos princípios da Política Nacional de Humanização. (ALCANTARA; VIEIRA, 2013, p. 344)

Nesses espaços, o assistente social pode contribuir com a reflexão e análise dos determinantes sociais do processo saúde-doença, das formas de acesso aos direitos, bem como sobre as condições de trabalho e os modelos de atenção e de gestão, desencadeando um processo de discussão, para a concepção de

humanização em perspectiva ampliada, o que podemos observar em comum no trabalho profissional no cotidiano das instituições.

[...] o trabalho é constantemente para implantar e efetivar a Política Nacional de Humanização que tem como objetivo de atuar na garantia de direitos e acesso, nesse caso, aos serviços de saúde à população. (AS 3)

Primeiramente efetivação de direitos, e nossa Política de Humanização em seus conceitos, considerando todas as suas diretrizes é isso. Melhoria de processos, valorização e envolvimento de usuários, trabalhadores e gestores. Fazendo análise de conjuntura e entendimento baseado nas práticas, indicadores e escuta. (AS 4)

Através de pesquisas e análises na avaliação e execução de serviços junto a equipe gestora, administração hospitalar, objetivando o acolhimento, informações de direitos, respeitando as normas e assistência à saúde, no resgate da humanização em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde, trazendo ideias, sugestões e melhoria a serem implantadas para os colaboradores e usuários do SUS. (AS 5)

O Serviço Social se faz presente em todos os momentos históricos no ambiente hospitalar. Atuamos na identificação dos determinantes sociais que interferem nas condições de vida e de saúde dos pacientes. Acolhemos nossos pacientes para possibilitar um atendimento humanizado dentro do ambiente hospitalar, fazendo com que o paciente se sinta valorizado. [...] 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. (AS 8)

Para Arizono e Silva (2008) a humanização enquanto política transversal, deve permear ações, em todos os níveis de atenção à saúde, considerar a autonomia dos sujeitos, de maneira a torná-los protagonistas e comprometidos com sua saúde, aumentando a corresponsabilidade e participação coletiva na melhoria das condições de trabalho e da qualidade do atendimento.

A humanização como proposta de intervenção nos processos de trabalho para melhoria da qualidade dos serviços de 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, apud ARIZONO; SILVA, 2008, p.5).

No entanto, a área da saúde é confrontada com um contexto socioeconômico marcado pela reestruturação do capitalismo e por propostas de ajustamento assentadas em bases neoliberais, impeditivas de práticas universalizantes. O trabalho do assistente social na sociedade capitalista está vinculado a questões estruturais e conjunturais, pois estes profissionais também são trabalhadores que, em geral, vivem e sofrem todas as conseqüências impostas pelas metamorfoses do mundo do trabalho, inclusive nos serviços de saúde.

A realidade contemporânea oferece obstáculos à atuação profissional e desafios à consolidação da cultura de humanização, principalmente no tocante “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.” (BRASIL, 2006).

Desafiante, sempre que trabalhamos para implantação de processos de trabalho visando a garantia de direitos há necessidade da comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado. (AS 3)

Embora tenhamos identificado inicialmente um número significativo de assistentes sociais participantes dos espaços propostos pela política de humanização (GTH e CIH), não conseguimos acesso a grande maioria deles (conforme descrevemos nos procedimentos metodológicos da pesquisa) e, por outro lado, identificamos assistentes sociais que relataram não participarem da implementação da política de humanização em decorrência das próprias condições de trabalho.

O serviço social não participou da implantação da política de humanização até o momento. (AS 1)

Trabalho como assistente social na Santa Casa faz 4 anos, sendo 1 funcionária pela manhã e outra à tarde. Desde então, a rotatividade de assistente social é muito grande e a demanda de trabalho enorme, o que acredito ter sido um dos motivos do serviço social não ter sido envolvido na implantação na política de humanização dentro do hospital, sendo esta delegada a um núcleo próprio (setor de humanização), criado dentro da estrutura hierárquica para este fim. A partir do mês corrente, o Serviço Social estará participando das reuniões e ações do GTH. (AS 2)

Bravo (2012) nos alerta quanto as ações emergenciais, a contenção de demandas e as ações que reproduzem a lógica individualista e institucional, curativa e predominantemente assistencial, como atitudes que impulsionam os profissionais a circunscrevem-se ao imediato, ao pragmático, deixando cada vez mais restrito o espaço de articulação e intervenção estratégica e crítica, fundada numa racionalidade contra hegemônica.

As condições de trabalho, a alta rotatividade, a precarização da saúde dos trabalhadores, são processos comandados pelas novas exigências tecnológicas-econômicas da evolução do capitalismo moderno, que contribuem com a perda da razão social do trabalho, alienação social e adoecimento dos trabalhadores (FRANCO; DRUCK; SILVA, 2010).

O próprio Ministério da Saúde menciona em documento norteador da PNH (Brasil, 2004), o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe como fatores que diminuem a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades. Situação que ainda hoje identificamos nos depoimentos das assistentes sociais participantes desta pesquisa.

Valorização do trabalhador é algo que ainda precisa ser dedicado e realmente ser interesse de gestão e também ser assertivo nas propostas, primeiramente baseado na real necessidade do trabalhador, levando em consideração sua opinião. Acredito que não é somente recurso financeiro, mas sim cuidado, acolhimento e envolvimento dos profissionais nas decisões. Dentro de uma instituição de saúde, precisamos cuidar de pessoas que cuidam das outras, melhorar as condições de trabalho (AS 4).

Acho que o profissional deveria ser mais valorizado, deveria existir um olhar mais voltado para esses profissionais que lidam todos os dias com conflitos. Isso é fundamental para o trabalho dos profissionais dentro do ambiente hospitalar. (AS 8)

Desejamos que em um futuro próximo, todas as questões que valorizam de fato o trabalho e a saúde do trabalhador sejam incorporadas. No momento conseguimos dentro do que é possível oferecer condição de trabalho para que funcione. Estamos propondo palestras, eventos coletivos sobre saúde. AS 3)

Muitos Trabalhadores ainda associam a valorização profissional apenas com benefícios. (AS 4)

A PEH (2012) propõe em suas linhas de ação que o CIH tenha dentre suas atribuições a promoção de espaços de participação e cuidado dos profissionais de saúde. Também em 2012, foi instituído a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora³⁷, tendo por objetivo desenvolver ações de atenção integral à saúde do trabalhador nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), partindo do pressuposto que o trabalho é um dos determinantes do processo saúde-doença e propondo uma série de estratégias voltadas para a promoção e prevenção de agravos à saúde do trabalhador. Seguindo essa mesma vertente, em 2013, foi publicada a Portaria nº 3.390³⁸, que determina que os hospitais devam adotar estratégias de valorização dos trabalhadores, dentre elas,

³⁷ Portaria nº 1.823, de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

³⁸ Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

a de atenção à saúde do trabalhador, contemplando ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças e reabilitação.

No âmbito da PNH, promover saúde é dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.

Promover saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde e a prevenção de adoecimento. Trata-se de compreender as situações nas quais os sujeitos trabalhadores afirmam a sua capacidade de criação e de avaliação das regras de funcionamento coletivo instituídas nas organizações de saúde (BRASIL, 2013, p. 14).

Neste sentido, a colaboração e integração do assistente social nas equipes interdisciplinares são fundamentais para a ampliação da abordagem multidimensional e integral, de modo que, através de um processo socioeducativo que privilegie a abordagem grupal, possibilite a reflexão crítica sobre a causa de seus problemas, assumindo responsabilidades, frente ao diálogo e argumentação na efetivação dos princípios da saúde coletiva, fundantes da Reforma Sanitária e do SUS, traduzidos em alterações nas práticas de saúde e na humanização do atendimento. Pensar criticamente a sociedade contribui para elevar a consciência e desenvolver a autonomia e protagonismo dos sujeitos. O assistente social, em sua formação, entre outros aspectos,

[...] 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. O cotidiano 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 (ALCANTARA; VIEIRA, 2013).

No entanto, cabe ressaltar que a interpretação sobre a humanização representa um desafio conceitual, ético e político, pois se desenvolvida em ações fragmentadas tende ao “voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total” (BENEVIDES; PASSOS, 2005 apud ALCANTARA; VIEIRA, 2013 p. 339).

Iamamoto (2014) corrobora quanto aos desafios conceitual, ético e político neste campo, exigindo do assistente social competência para propor e negociar com as instituições seus projetos de trabalho, no sentido de que sua ação não seja

mera reiteração do instituído, mas que impulsiona os sujeitos ao protagonismo político e articulação em defesa de suas necessidades e interesses coletivos.

A profissional de Serviço Social além da ética profissional, consegue conduzir baseado em conceitos, leis e estudos. Conduz a diálogos, reflexões e ainda a imparcialidade nos espaços de discussões favorece e valoriza a opinião de todos. Contribuindo nos processos e relações de trabalho, disseminando assim a Política de Humanização. (AS 4)

Silva (2013) afirma que a mediação do assistente social envolve habilidades e estratégias no campo profissional, por meio do enfrentamento de desafios concretos impostos à profissão, os quais exigem um pensar e objetivar alternativas que possam contribuir com a emancipação humana. A formação da consciência crítica advém de um trabalho educativo, atividade que deve compor a dimensão socioeducativa do exercício profissional do assistente social e ser cultivada junto à população atendida. Entretanto, para não abstrair e recair na armadilha do idealismo, faz-se necessário a radicalidade e a maturidade sócio-histórica e o rigor teórico-prático para situar a profissão com uma direção social contraditória a si própria e a sua gênese. Embora isso seja possível é necessário ao Serviço Social reconhecer os inúmeros problemas existentes.

Todavia, é importante não vacilar com relação às possibilidades de humanizar o capital ou crer que a sociedade emancipada pode se objetivar sob suas fronteiras [...] Nesse processo, é preciso pensar com cuidado o sentido do que vem sendo denominado como socioeducativo, seja para negar a redução dele a ações pontuais e “inclusivas”, seja para atribuir ao Serviço Social um papel que ele, por si só, não poderá viabilizar: a consciência das massas e a emancipação humana (SILVA, 2013, p. 144).

O trabalho profissional em consonância com o projeto ético-político profissional, possibilita ao assistente social trabalhar as demandas apresentadas pelo projeto da reforma sanitária:

[...] a busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã (BRAVO; MATOS, 2004, p.10).

No projeto ético-político do Serviço Social, conforme Teixeira e Braz (2009), podemos identificar os elementos constitutivos e componentes que o materializam no processo sócio-histórico da profissão: os princípios e valores éticos-políticos, a matriz teórico-metodológica em que se ancora, a crítica radical à ordem social vigente (a sociedade do capital) e as lutas e posicionamentos políticos acumulados pela categoria através de suas formas coletivas de organização política. Este

projeto explicita o compromisso com o reconhecimento da liberdade, da equidade e justiça social, da universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, a qualidade dos serviços prestados à população, a articulação com movimentos de outras categorias profissionais, a construção coletiva de espaços democráticos de gestão e a relação e vínculo com projetos de transformação da sociedade.

Podemos dizer que o projeto ético-político do Serviço Social exprime estreita relação com proposta da PNH de mobilização social, democratização das instituições e defesa dos direitos sociais. No entanto, um projeto democrático e a sua defesa não é exclusividade de apenas uma categoria profissional. Aos assistentes sociais participantes desses espaços, cabe formular e desenvolver estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, articuladas ao projeto profissional da categoria, ao projeto da reforma sanitária e a outros profissionais que partilhem destes princípios.

3.3 A Humanização no cenário atual – perspectivas e dilemas

Embora possamos apontar avanços no campo da saúde pública brasileira, após 19 anos da publicação da PNH, inúmeros ainda são os desafios para efetivação do SUS universal, integral e humanizado.

Viacava et al. (2018) destacam como mudanças importantes nesse percurso a ampliação da oferta de serviços (postos de saúde públicos e clínicas e unidades de serviços de diagnósticos e terapias privadas) e o aumento do número de profissionais vinculados ao SUS (em sua maioria médicos e enfermeiros). Por outro lado, apontam desafios para sua efetivação, citando a relação público-privado na prestação dos serviços de saúde (a maioria dos hospitais do país que atendem ao SUS são privados), as desigualdades regionais e o subfinanciamento. Quanto a relação público-privado fundamentam essa associação no histórico apoio público à expansão dos serviços privados, e o subfinanciamento, como desafio estrutural do SUS, agravado pela Emenda Constitucional 95/2016³⁹, que restringe os gastos públicos para os próximos 20 anos seguintes.

³⁹ Ver BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Diário Oficial da União 2016; 16 dez.

De acordo com Pires et al. (2018) o sistema hospitalar brasileiro é composto por diversos arranjos financeiros e organizacionais que abrangem tanto o setor público quanto o privado, sendo que os privados respondem por 62% do total de 452.488 de leitos de internação existentes no Brasil no ano de 2014. Dentre estes hospitais privados estão as instituições filantrópicas, de caráter não-lucrativo atuando de forma significativa no setor hospitalar brasileiro. Em 2014, das 6.880 unidades hospitalares do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, 1.466 (21%) eram classificadas como entidades filantrópicas sem fins lucrativos, respondendo por 31% do total de leitos de internação do país. As Santas Casas se destacam dentre as entidades filantrópicas sem fins lucrativos, com 461 unidades no país, das quais 92% possuíam convênio com o SUS em 2014. Em 2017, das 425 Santas Casas brasileiras credenciadas ao SUS, 51% localizavam-se no estado de São Paulo. A participação dessas entidades filantrópicas sem fins lucrativos na prestação de serviços para SUS é realizada mediante certificação destas junto ao Ministério da Saúde, e a forma de remuneração paga pelo SUS em muitos casos não cobre os custos incorridos na prestação do serviço.

Apesar da sua relevância no cenário da saúde brasileira, o financiamento das entidades filantrópicas é caracterizado pela contínua defasagem entre os custos dos serviços e a sua remuneração, resultando num crescente e ininterrupto endividamento (PIRES et al, 2018, p.18).

Em 2014, sob a alegação de falta de recursos para aquisição de materiais e medicamentos e da situação deficitária do setor filantrópico, as Santas Casas anunciam interrupção do atendimento de urgência e emergência aos usuários do SUS. Diante desse cenário, o estado de São Paulo, com intuito de prestar aos usuários do SUS atendimento de qualidade e resolutividade nos serviços de média e alta complexidade, disponibiliza incentivos financeiro às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, por meio da adesão, via termo de compromisso e contrato de gestão, ao Programa Santas Casas Sustentáveis, conforme explanado no capítulo anterior.

A participação das Santas Casas no atendimento aos usuários do SUS se faz presente desde os primórdios de sua criação. Segundo Paim (2008), um dos grandes desafios colocados para a sociedade na década de 1980 para construir um novo sistema de saúde era assegurar a participação de interessados e comprometidos com a melhoria dos serviços de saúde e, em pronunciamento do então superintendente da Confederação das Misericórdias no Brasil, essa

participação foi disponibilizada: “toda a capacidade instalada das Santas Casas de Misericórdia no Brasil vai estar em disponibilidade para a Reforma Sanitária” (JUSTO, 1987 apud PAIM, 2008, p. 137).

Ao longo de sua trajetória de implementação, o SUS foi experimentando mudanças no modelo de gestão, como a descentralização do controle social, e a inserção de novas modalidades de contratualização dos serviços de saúde, como por exemplo o Santa Casa SUSTentáveis (sendo este um auxílio específico do estado de São Paulo) e o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC). O IAC surgiu quando da criação da Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (Portaria nº 1.702/GM/MS, de 17 de setembro de 2004) e da Política Nacional de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos (Portaria n 1.721 de 21 de setembro de 2005) e é destinado aos estabelecimentos constituídos como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, que possuam trinta ou mais leitos ativos devidamente cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CIRCULAR 503/2013).

Para Bravo (2012), a contratação de serviços de entidades de caráter privado para prestação da atenção à saúde nos níveis secundário e terciário, expressa a lógica da desregulamentação e flexibilização dos direitos trabalhistas e da descentralização sem controle social. A modalidade de relação entre o Estado e os setores da sociedade civil, por meio de pactuações e da adesão cooperativa e solidária (via termo de compromisso e contrato de gestão), incentiva e fortalece as Organizações não Governamentais (ONGs) e outras formas privadas de administrar o setor público. Essas entidades de caráter privado não se submetem à democracia do SUS, suas atividades são decididas por conselhos administrativos, sem a participação da população usuária e, deste modo, favorecem o capitalismo contemporâneo que utiliza a metodologia do consenso como forma central de administrar a política de saúde atual.

Foi em meio a esses avanços e contradições no processo de implementação do SUS que a PNH, foi criada em 2003, buscando enfrentar os desafios para melhoria da qualidade do atendimento aos serviços públicos de saúde e valorizar o trabalho dos profissionais.

Assim, a necessidade de humanizar como política surge em meio a um cenário em que, após avaliado o sistema público de saúde, foi constatado o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva da

produção do cuidado, considerando a presença de modelos de gestão centralizados e verticalizados que desapropriavam os trabalhadores de seu próprio processo de trabalho (BRASIL, 2004).

A PNH ao ressaltar a necessidade de valorização e inclusão dos profissionais nos processos de gestão, reconhece a existência de um processo de precarização das condições de trabalho dos profissionais de saúde, a fragmentação e verticalização dos processos de trabalho, a falta de preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção à saúde e o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores.

Souza; Maurício (2018) destacam que não se tem empreendido esforços adequados no sentido de melhorar as condições estruturais de trabalho dos profissionais de saúde, destacando a má remuneração, falta de incentivos e a sobrecarga de trabalho. Essas questões além de se apresentarem como entraves à concretude do cuidado humanizado, contribuem para o processo de trabalho mecanizado. Apontam que a PNH, ressalta a importância do papel reflexivo e potencial criador dos trabalhadores, mas que a educação permanente e o processo de formação dos profissionais da graduação ainda centrado no aprendizado técnico e individualizado, resulta em profissionais despreparados para efetivar uma assistência humanizada, ressaltando que as universidades também possuem responsabilidade pelo processo de humanização.

Quanto a isso, é destacado o importante papel que as universidades exercem nessa formação, por constituírem um dos níveis de ensino que integra, ou deveria integrar, ensino e comunidade. Com efeito, ressalta-se que as universidades também possuem responsabilidade pelo processo de humanização, uma vez que o ensino-aprendizagem das práticas de saúde deve ser orientado pelas diretrizes da PNH. Entende-se, assim, a humanização como referencial na constituição de currículos, práticas e atitudes que formem profissionais que busquem, conscientemente, a integralização do cuidado (Souza; Maurício, 2018. p. 499).

Cabe lembrarmos que a PNH foi posta como proposta metodológica, capaz de produzir mudanças no modo de fazer que integre gestores, trabalhadores e usuários do SUS, e que dentre seus eixos de institucionalização e difusão, consta de forma evidente a indicação de que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação, na especialização e nos demais cursos vinculando-a aos polos de educação permanente e às instituições formadoras⁴⁰.

⁴⁰ Ver páginas 45 e 46.

De acordo com Rios (2009) a educação permanente, na vertente de valorização dos trabalhadores, trata-se de um dos eixos de sustentação da cultura de humanização e qualidade dos serviços presentes na PNH. Em 2006, o MS apresentou a Política de Educação Permanente⁴¹, como proposta metodológica, cujos princípios e diretrizes incluem necessariamente a participação de trabalhadores e comunidade, vindo ao encontro da implementação da PNH. Assim como a PNH a Educação Permanente (EP) articula a formação profissional com a organização do processo de trabalho, a gestão e a participação popular, visando o protagonismo dos sujeitos, o diálogo, a autonomia e a corresponsabilidade. No entanto, se hoje a PNH já se faz conhecida nas instituições de saúde, a EP, embora instituída como política pública, além de pouco conhecida nos serviços públicos de saúde, ainda é confundida com educação continuada e, não consegue atingir seus objetivos no que se refere ao envolvimento das unidades formadoras com os princípios do SUS e construção de conhecimentos relevantes à realidade de saúde da população e serviços de saúde.

Eliana Ribas⁴² em artigo da Revista Enfermagem, coloca que para enfrentar o despreparo das instituições em relação ao desenvolvimento dos profissionais e contemplar as necessidades de qualificação, participação e protagonismo, exige-se a reformulação do fazer cotidiano dos serviços de saúde, um novo olhar sobre as condições de trabalho que promova a valorização e ampliação da participação desses profissionais na gestão dos processos de trabalho. Para que estas mudanças sejam sustentáveis devem estar baseadas em “valores como respeito, justiça, coerência, compromisso, responsabilidade, participação e cooperação” (RIBAS, 2012, p. 37). Segundo Ribas, a Secretaria de Saúde do estado de São Paulo, sensível ao valor da humanização como força para promoção de mudanças que atendam às necessidades de aprimoramento do SUS, visando adequar a proposta da PNH a realidade do estado, lançou em 2012 a PEH.

Vimos nos capítulos anteriores como se desdobrou o processo de implementação da PEH nesse território, bem como as estratégias de capilarização

⁴¹ A Política de Educação Permanente foi criada pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003, e Ministério da Saúde pela Portaria MS nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Em 2007 foi publicado a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

⁴² Psicanalista e doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Atuou como coordenadora do Núcleo Técnico de Humanização da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e assessora do secretário de Saúde do Estado de São Paulo.

e regionalização dessa política, por meio da formação de Centros Integrados de Humanização, Apoio Técnico e Formação em Humanização e Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Resultados. Uma questão que nos chama a atenção, embora muito presente na PEH a importância dos DRSs e dos Apoiadores de Humanização no processo de disseminação e implementação da política de humanização nas macrorregionais do Estado, nenhum relato da pesquisa de campo faz menção a essa participação. Assim como nenhuma experiência nesse território tenha sido publicada, com exceção de um post na Rede Humaniza SUS, que traz como título “I Mostra de Experiências em Humanização da Região de Franca”, publicado por um consultor, datado de 30/11/2011, ou seja, antes da publicação da PEH.

De acordo com o post⁴³, a I Mostra Experiências em Humanização da Região de Franca aconteceu na sede do DRS VIII – Franca/SP, fruto de uma parceria entre o Ministério da Saúde e SES (por meio do Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS, do DRS VIII) e secretarias municipais de saúde da região. Participaram desse encontro representantes de 21 municípios desse território, entre eles trabalhadores, gestores e usuários. Os municípios inscreveram trabalhos relatando suas experiências cotidianas, sendo que tais experiências foram publicadas em um Caderno de Resumos, entregue aos participantes. A mostra foi desenvolvida em rodas de discussão que apresentaram as experiências relacionadas a implantação de diretrizes da PNH, como a Clínica Ampliada e Acolhimento, além da discussão de temáticas relacionadas a cogestão, transversalidade, democracia, direitos, cidadania, entre outras.

Pesquisando o cotidiano profissional das instituições de saúde, por meio dos relatos dos profissionais participantes do GTH e/ou CIH, percebemos que a implementação das diretrizes da PNH e PEH se mostrou exitosa nos hospitais, reforçada enquanto meta obrigatória pela adesão ao programa Santas Casas Sustentáveis. Importante destacarmos que ao propor a criação de espaços compartilhados de diálogo, em busca da qualificação da assistência e da gestão, através do CIH, possibilito-nos a participação de trabalhadores e da população (por meio dos mecanismos de voz do usuário, como a Ouvidoria e a Pesquisa de

⁴³ Publicado em <https://redehumanizasus.net/12350-i-mostra-de-experiencias-em-humanizacao-da-regiao-de-franca/>

Satisfação de Usuários) na gestão das entidades de caráter privado, considerado por Bravo (2012) como grande desafio à democracia do SUS.

Entretanto, efetivar a política de humanização nas instituições de saúde vai além de programas limitados a ações circunstanciais e da simples retórica de seus gestores. Para sustentar a humanização como política e processo transformador é preciso implantar, de fato, instrumentos que assegurem a gestão participativa, a informação e a educação permanente, possibilitadores da mudança da cultura institucional, para que se façam presentes os valores da humanização. (RIOS, 2009).

Uma análise crítica da PNH, fundamentada na teoria social crítica nos aponta a necessidade de refletirmos sobre as limitações da proposta da humanização do cuidado em saúde frente ao processo de desumanização da saúde:

[...] precisamos pensar a desumanização da saúde no bojo da luta de classes, como expressão dos antagonismos basilares do capital, enfrentando-os no interior do âmbito particular da saúde, mas de forma articulada com a luta mais geral de superação do capital. Precisamos reconstruir as estratégias revolucionárias, recuperar o horizonte de reformulação da sociedade pela sua base (sem ignorar os avanços pontuais que as estratégias do aqui e agora possam proporcionar). Acreditamos que só o enfrentamento radical do capital, visando reverter a subordinação das necessidades humanas às necessidades do mercado, pode emancipar a condição humana do processo do cuidado, hoje subsumida à valorização. Esse deve ser o primado daqueles que estudam e militam na saúde contra a desumanização do cuidado (SOUZA; MAURÍCIO, 2018, p. 504).

Não podemos desconsiderar que o recorte temporal desse estudo foi atravessado por uma pandemia de proporção mundial. A pandemia causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2), uma doença respiratória, detectada inicialmente na cidade de Wuhan, na China, no ano de 2019. O coronavírus disseminou-se para mais de uma centena de países, sendo que em dois meses foram confirmados milhares de casos de Covid-19 (atual denominação da doença), que resultaram em inúmeros óbitos, especialmente em grupos de risco como idosos, gestantes, imunodeprimidos e outros. No Brasil, em 22 de janeiro de 2020, foi ativado o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo coronavírus (COE Covid-19), estratégia prevista no Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde. Em 20 de março de 2020 foi publicado a Portaria GM/MS n.º 454, a qual declara em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária Covid-19, trazendo recomendações aos estabelecimentos de saúde para o atendimento de casos de Covid-19. (BRASIL, 2020).

Grande parte das ações para o combate e controle da pandemia afetaram direta ou indiretamente as diretrizes e dispositivos de humanização, implantadas ou em processo de implantação nas instituições de saúde, em especial, nas hospitalares, sendo que as que sofreram maior impacto foram as relacionadas aos direitos dos usuários (Visita Ampliada e Direito a Acompanhante) e o Fomento de grupidades, coletivos e rede, provocando alterações de fluxos e rotinas, em alguns casos ainda não reestabelecidos.

Retrocedeu. Direitos garantidos que foram perdendo espaços, como visita ampliada e direito a acompanhante com argumentação baseada no momento pandêmico, humanização num segundo momento. (AS 4)

Houve vários impactos, tanto para os usuários como para os colaboradores. Impactos estruturais, psicológicos e de garantia de direitos. (CIH 3)

As implementações de protocolos e restrições foi e está sendo um grande embate na estrutura para novas adequações no sistema. (AS 5)

Profundos rebatimentos, como a suspensão de alguns projetos e restrições. (AS 6)

Os impactos da pandemia provocaram uma pausa dos grupos voluntários, isso trouxe bastante impacto em relação à algumas ações de sensibilização e humanização. (GTH/CIH 6)

A pandemia nos fez pensar em outras ações para que alguns direitos dos usuários continuassem garantidos, porém o mesmo não se aplicou para os colaboradores! (CIH 5)

Os impactos da pandemia foram grandes para todas as equipes hospitalares. Diante disto, o CHI teve que recriar, reinventar vários mecanismos para serem trabalhados durante a pandemia. Uma vez que não podia ter o contato físico e a maioria das ações da CHI são com contatos físicos. Mas Trabalhamos com total empatia, atenção e Acolhimento integral, com Manifestação de carinho ao paciente, visita virtual, trabalhamos um olhar voltado totalmente para esses pacientes. (AS 8)

A visita virtual, por meio de vídeos chamadas, o contato por telefone para acolhimento e boletim informativo, foram formas de manter latente a presença da rede de apoio, e as reuniões online, por meio das plataformas virtuais, possibilitando o diálogo junto a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para reorganização dos fluxos e instrumentos necessários ao processo de desospitalização e integralidade do cuidado pós-alta.

Algumas ações para minimizar o impacto da pandemia foram tomadas tanto em relação aos pacientes como aos trabalhadores, entre elas: chamadas de vídeo entre paciente e familiares; realização de crachás humanizados para os trabalhadores, atendimento psicológico para os funcionários. (AS 2)

Grupos de trabalho e de orientações foram alterados para reuniões online, orientações beira leito. (AS 1)

No início ficamos muito perdidos, não estávamos preparados para nada que pudesse ser feito de forma online por exemplo sem nenhum contato físico. Depois conseguimos nos adaptar nos encontros online para que pudéssemos garantir a Política Nacional de Humanização. (AS 3)

A nova realidade institucional diante a pandemia intensificou nos profissionais de saúde sinais e sintomas de angústia, medo e incertezas e, exacerbou outros acumulados ao longo dos anos, como a sobrecarga, a dimensão subjetiva na produção do cuidado e a mecanização dos processos de trabalho.

O medo e a insegurança individuais possivelmente influenciaram positiva e negativamente nos processos de trabalho, mas individualmente percebi a sensibilização e esforço dos colaboradores para melhor assistência e integração entre paciente, equipe e família. (CIH 4)

Acreditamos que a Pandemia trouxe um acúmulo de sobrecarga e estresse para os trabalhadores, mas também trouxe momento de reflexão para que todos pensássemos como humanos mesmo, deixando um pouco de lado a questão da automatização dos processos. (GTH/CIH 2)

A situação de emergência na saúde pública desafiou as atitudes e as práticas profissionais na saúde, trazendo à tona um cuidado que “coisifica” as pessoas e as relações no campo da saúde. Protocolos e manuais não são suficientes no trato da complexidade das relações em torno do processo saúde-doença, se faz necessário mobilizar a criatividade e análise crítica para o processo de produção de saúde. A pandemia evidenciou que os modelos de cuidado ainda não foram alterados, apontando como forma de ruptura o tensionamento a formação em saúde no país, visando uma formação crítica, reflexiva, com intuito de fomentar mudanças no processo de trabalho (MOCELIN et al, 2021).

Podemos apontar como grandes dilemas para a humanização da saúde pública na atual conjuntura, a garantia de direitos dos trabalhadores, a ampliação de recursos públicos para políticas públicas sob gestão pública e estatal e a participação social efetiva.

A atual conjuntura é marcada por uma crise econômica estrutural do capital somada a uma crise sanitária colocada pela pandemia de Covid-19, em um quadro que tem graves e perversas consequências para as políticas sociais e a classe trabalhadora. A propagação mundial do novo coronavírus explica e reflete o nexos entre a política de saúde e as demais políticas sociais e públicas. Reforça a compreensão da saúde como resultado das condições de vida e trabalho da população, socialmente determinada, e explica que a saúde de uma pessoa, família ou grupo repercute em toda a sociedade, e portanto, não pode ser tratada de forma individual nem privada. Nesse sentido, evidencia a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento à pandemia (BRAVO; PELAEZ, 2021, p. 115).

Observamos que o financiamento, também previsto nos eixos de institucionalização e difusão da política de humanização, não são identificados pelos profissionais no cotidiano dos serviços de saúde. Assim como, investimentos em educação permanente e gestão participativa, sendo citados pelos profissionais como desafios para manutenção das conquistas e avanços no processo de implementação da política de humanização no SUS.

Falta apoio da gestão, inclusive financeiro. (CIH 5)

Recursos e números de profissionais insuficiente, despreparo de profissionais, instalações e equipamentos, precariedade do setor público. (AS 8)

O maior desafio é a alta gestão, no qual delimita e impede avanços por não ser participativa e conhecedora da política. (CIH 3)

Percebo que os usuários e os trabalhadores não sabem ao certo o que é de fato ações de humanização, por isso é tão difícil implantar ações. Em relação aos gestores acredito que eles tenham conhecimento da política, porém o interesse de fazer cumprir não é percebido. (CIH 5)

Talvez a efetivação da gestão participativa, integração melhor entre os setores de saúde sejam grandes desafios e também limites encontrados. (CIH 4)

Avanços são identificados pelos profissionais que militam nesses espaços, mas o apoio dos gestores e a valorização profissional ainda tem sido colocada de forma significativa como parte dos desafios atuais.

Acredito que o Hospital teve muitos avanços enquanto implantação, hoje temos muitos dispositivos implantados. O grande desafio é de manter essas ações implantadas com qualidade, não deixar que elas "se percam". (GTH/CIH 2)

Interno a valorização do profissional está sendo discutida a muito tempo, porém com pouquíssimo resultado positivo. (CIH 5)

Acredito que algumas ações melhoraram muito a valorização do trabalhador, como a ouvidoria interna, psicologia e serviço social organizacional, vale alimentação e outros. Contudo, também acredito que sejam necessárias ações que abarquem também as relações interpessoais e que promovam a melhora do clima institucional. (CIH 4)

As principais ações foram de iniciativas do CIH e com a conquista de profissional assistente social para atuação junto aos trabalhadores. (AS 6)

Correlacionando os dados da pesquisa de campo ao referencial teórico estudado, não podemos deixar de destacar a significativa participação das profissionais assistentes sociais no processo de implementação da política de humanização, em especial na proposta da gestão participativa.

O Centro Integrado de Humanização meio a tantos embates sempre dispostos a apoiar as propostas dos trabalhadores, efetivar os direitos dos

usuários e estratégias para colocar frente a gestão a importância desta Política. Atualmente já é se falado mais, aos poucos vai conquistando espaço, acredito que sendo uma profissional de Serviço Social frente a essa Política com base e formação acadêmica, favorece nas estratégias para a disseminação e efetivação. (AS 4)

O assistente social tem trabalhado na coordenação das atividades desenvolvidas, implantação, avaliação, análise e estratégias para implementação da política de humanização. (AS 6)

O trabalho do assistente social na implementação da política de humanização visa um espaço de construção de forma integrada na busca junto ao coletivo para ações Humanizadas, tais como na evolução da relação entre colaborador e usuário, acompanhar resultados, propondo melhorias... (AS 5)

As assistentes sociais tem ocupado esses espaços apoiando nas discussões, na formulação e implementação de estratégias coletivas de reflexão crítica sobre a realidade, no planejamento e execução de ações que considerem as necessidades dos trabalhadores e direitos dos usuários, na articulação interna e externa dos serviços, tensionando os limites da relativa autonomia profissional, envolvendo profissionais, gestores e usuários em torno da proposta de gestão participativa, visando a construção de uma cultura de humanização, fundamentada nos princípios do SUS.

A integralidade do cuidado à saúde e a humanização no SUS representam campos nos quais é possível a construção da autonomia das pessoas como cidadãos, como usuários do sistema de saúde e como centro de todo o processo de organização das práticas, pois possibilitam o encontro entre a necessidade e o desejo da população, com a lógica que orienta e preside as respostas institucionais. Por tudo isso, são consideradas políticas estruturantes para a gestão do SUS (BRASIL, 2009b, p. 9)

A política de humanização pode ser entendida como um caminho favorável a superação dos desafios do SUS, mas para que essa avance e se faça presente de fato no dia a dia das instituições de saúde, são necessárias transformações políticas, administrativas e subjetivas, diálogo entre profissionais, usuários e destes com todos os níveis de gestão, não somente com os gestores dos serviços de saúde. Para superação dos históricos desafios do SUS, dentre eles a qualificação da gestão, da atenção e do controle social, a precarização das condições de trabalho e a falta de investimento no processo formativo, faz-se necessário a cooperação solidária entre as gestões municipais e estadual, possibilitando uma mudança concreta na construção de um SUS integral, de qualidade e humanizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Marco da construção democrática e participativa das políticas públicas brasileira, o SUS, se constitui em meio a crises políticas, administrativas e sociais, em um cenário de intensificação da urbanização, industrialização e necessidade de manutenção da classe trabalhadora para reprodução do capitalismo, consagrando a saúde como produto social. Engendrado no ceio da Reforma Sanitária, em meio a mobilização da população em torno de objetivos coletivos à melhoria dos serviços de saúde, o SUS pode ser considerado a mais importante e avançada política social em curso no país, por seu caráter público, universal, igualitário e participativo.

Nessa longa trajetória história do SUS apontamos importantes avanços, como a ampliação da oferta de serviços e o aumento do número de profissionais vinculados ao SUS, no entanto, a resolutividade, o financiamento, a gestão participativa e a qualidade dos serviços, permanecem como grandes desafios na efetivação do SUS universal, integral e humanizado.

Embora não tenhamos conseguido estabelecer com precisão histórica, quando teve início o compromisso com a humanização no cuidado, e que atualmente o conceito de humanização possa abranger vários sentidos, temos como sua origem o humanismo, e, o reordenamento social decorrente do capitalismo multinacional e da globalização econômica, momento histórico em que desponta na sociedade pós-moderna. Na saúde, a humanização assume o patamar de política pública com o objetivo de qualificar e efetivar o SUS, em um momento em que a proposta de mudança do modelo da atenção e gestão ganha força junto ao MS, como estratégia de enfrentamento a baixa qualidade dos serviços públicos de saúde.

Importante ressaltarmos que a problemática da humanização no SUS não se restringe ao plano das relações pessoais entre profissionais e pacientes (embora reflita nestas), mas trata-se de um projeto político. Para desenvolver-se como política pública de saúde e produzir as mudanças almejadas nos modelos de atenção e gestão, no sentido de qualificar e efetivar o SUS, fez-se necessário uma redefinição teórico-prática do conceito de humanização. Diante desse desafio de redefinir conceitualmente humanização na saúde, em 2003 foi criada a PNH, cuja proposta consiste na criação de espaços coletivos de construção e troca de saberes,

visando a melhoria das condições de trabalho dos profissionais, a garantia de direitos dos usuários e a qualificação dos serviços públicos de saúde.

Para orientar trabalhadores e gestores na implantação das diretrizes e dispositivos da PNH na rede SUS, o MS propõe ampliar o diálogo entre trabalhadores, entre trabalhadores e a população, e entre os trabalhadores e os gestores das instituições de saúde, por meio da gestão participativa. A gestão participativa e a cogestão são postas pela PNH como instrumentos potentes para construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e democratizar as relações no campo da saúde.

Para a implementação da PNH foi utilizado como estratégia a formação de apoiadores de humanização em todo o território nacional e como método a ativação de coletivos de trabalhadores, gestores e usuários do SUS, denominados de Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), objetivando a produção de conhecimentos e tecnologias capazes de fomentar a capilarização e a regionalização desta política. A partir desse movimento de capilarização e regionalização, quase dez anos depois da publicação da PNH, em junho de 2012 foi publicado PEH no estado de São Paulo que, reforçada por legislações estaduais, visava adequar a proposta a realidade do estado, fortalecendo localmente os princípios, as diretrizes e dispositivos da PNH nas unidades prestadoras de serviços ao SUS.

Os assistentes sociais, junto aos demais profissionais de saúde têm sido requisitados a integrar os GTH e CIH, espaços propostos pela PNH e pela PEH, para constituírem-se como espaço coletivo organizado, participativo e democrático, nos equipamentos de saúde, cujo objetivo é a construção de propostas para promover as ações humanizadoras que aprimorem a rede de atenção em saúde, as inter-relações das equipes e a democratização institucional nas unidades de prestação de serviço ou nos órgãos das várias instâncias do SUS.

No entanto, o cotidiano dos serviços de saúde, sob a égide do capitalismo, nos revela uma autonomia profissional ainda limitada, com modelos de gestão centrados na normatização burocrática e processos de comunicação não transversais, que não favorecem o estabelecimento de relações democráticas na construção de um SUS solidário e de qualidade, contrariando os princípios da PNH.

A atual conjuntura brasileira, marcada por uma crise econômica estrutural do capital, somada a uma crise sanitária exposta pela pandemia de Covid-19, nos reafirma dilemas antigos do SUS, que implicam no processo de implementação da política de humanização, como a relação público-privado na prestação dos serviços de saúde, as desigualdades regionais e o subfinanciamento. Dilemas estes que implicam na garantia de direitos, na qualificação da gestão, da atenção e do controle social, exacerbando a precarização das condições de trabalho e a falta de investimento no processo formativo no SUS.

Mudar as modalidades de transferência de recurso e condicionar ao cumprimento de metas e indicadores a efetivação ou supressão de recursos financeiros as unidades prestadoras de serviços ao SUS, não garante que nos municípios e regiões as políticas de saúde não continuem sendo formuladas e executadas verticalmente, sem a transversalidade e gestão participativa proposta pela PNH. Embora possamos observar que a implementação das diretrizes da PNH e PEH se mostrou exitosa nas unidades hospitalares vinculadas a SES de SP, não conseguimos identificar a participação dos DRSs e gestores municipais nesse processo de humanização no território pesquisado e, conseqüentemente na qualificação da gestão e da atenção no SUS, a não ser pela presença dos articuladores de humanização na dúbia função de apoiador e avaliador de indicadores e metas.

Efetivar a política de humanização nas instituições de saúde no SUS vai além de programas limitados a ações circunstanciais e da simples retórica de seus gestores. Para sustentar a humanização como política e processo transformador é preciso implantar, de fato, instrumentos que assegurem a gestão participativa, a informação e a educação permanente, possibilitadores da mudança da cultura institucional, para que se façam presentes os valores da humanização. É preciso ampliar essa discussão e transcender para além das barreiras institucionais, para que os profissionais de saúde não se limitem a reprodução de ações individualistas, curativas e institucionais, mas que suas práticas impulsionem a articulações e intervenções estratégicas e críticas, fundada numa racionalidade contra hegemônica. Nesse processo, devem estar incluídos as conferências nacionais de saúde, conselhos de saúde e comitês intergestores nos níveis estadual (bipartite) e federal (tripartite), estruturas políticas que representam grande inovação para a governança em saúde no Brasil, pois permitem que vários atores possam participar

da tomada de decisão quanto a política nacional de saúde. A articulação cooperativa e solidária entre as gestões municipais e estaduais, configura-se como espaço potencializador de redes de participação social e capilaridade, reafirmando um modelo regionalizado que representa uma possibilidade concreta da construção do modelo de saúde proposto para o SUS.

Nesse sentido, a interlocução com a equipe de saúde, a criação de condições para a releitura e análise crítica dos determinantes sociais, do processo saúde-doença e das dificuldades cotidianas nos processos e relações de trabalho, são contribuições possíveis do assistente social na consolidação das políticas de humanização. Por meio do processo socioeducativo, o assistente social, pautado em seu projeto ético-político, possui condições teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa para desenvolver ações junto aos profissionais e a população, propiciando espaços de diálogo e reflexão crítica, incentivando o protagonismo político e a articulação dos sujeitos no processo de emancipação humana e transformação social.

Entretanto, para não recair no idealismo é preciso ter compreensão e maturidade quanto ao papel do assistente social nesse processo de transformação para instituição de uma cultura de humanização nos serviços de saúde. A humanização na promoção da saúde pressupõe a mobilização consciente, baseada em uma visão de totalidade, de todos os sujeitos envolvidos nesse processo (usuários, trabalhadores e gestores) em todos os níveis de atenção, cada qual com suas responsabilidades, na construção dessa cultura de atenção e gestão centrada nas necessidades e interesses coletivos, sob a perspectiva da integralidade e universalidade proposto pela PNH. Aos assistentes sociais participantes desses espaços, cabe formular e desenvolver estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, articuladas ao projeto ético-político profissional, ao projeto da reforma sanitária e a outros profissionais que partilhem destes princípios.

Podemos considerar que o desafio da PNH, reforçado pela PEH, é a criação de uma nova cultura de atendimento, centrada nas necessidades dos sujeitos envolvidos nesse processo e na construção coletiva de ações que efetivem os princípios constitucionais do SUS, de modo a qualificar a atenção e a gestão dos serviços públicos de saúde. Porém, a mudança de cultura no SUS, não pode ser delegada apenas as instituições de saúde. Cabe-nos lembrar que a PNH se

constitui numa proposta metodológica, cujo eixo de sustentação para mudança de cultura está ancorado na participação efetiva das instancias gestoras, na valorização dos profissionais e no processo formativo dos profissionais de saúde, contemplando a graduação, pós-graduação, a especialização e os demais cursos vinculando-a aos polos de educação permanente das instituições formadoras.

Mesmo que possamos apontar avanços no campo da saúde pública brasileira, após 19 anos da publicação da PNH, inúmeros foram os desafios apontados para efetivação do SUS universal, integral e humanizado, principalmente no que se refere a qualificação dos trabalhadores e gestão participativa. Quando iniciamos esse estudo não tínhamos a pretensão de traçar considerações avaliativas quanto ao processo de implantação da PEH no estado de São Paulo, mas, no decorrer do estudo, observamos que este ano marca os dez anos de publicação da PEH, cujas reflexões aqui tratadas podem apoiar nesse processo avaliativo da implementação da política de humanização neste território, bem como servir de subsídios para revisão de estratégias e metodologia de implementação.

Como forma de socializar os resultados dessa pesquisa podemos propor a realização de Seminários ou Fóruns de Humanização permanentes, com ampla participação dos profissionais e gestores de saúde desse território (representantes dos DRSs, articuladores de humanização, secretários de saúde, representantes da atenção primária, secundária e terciária de saúde), representantes das instituições de ensino e da Secretaria Estadual de Saúde. A proposta visa colocar em prática o exercício da cogestão, por meio da educação permanente e análise crítica das necessidades dos profissionais e gestores para implementação da política de humanização no cotidiano dos serviços de saúde.

Ademais, no cenário atual cabe-nos desvendar o caminho percorrido e a percorrer pelo SUS frente a pandemia que assolou o país, reafirmando a necessidade de efetivação de seus princípios em todas as instâncias gestoras, principalmente no que diz respeito a gestão participativa, valiosa ferramenta para as políticas de humanização.

“(...) E o hospital virou uma empresa rentável.
Altamente rentável. Como todas as grandes empresas.
E o objetivo maior do hospital deixou de ser o paciente.
O lucro, dentro do verdadeiro espírito do capitalismo selvagem
tornou-se a razão de tudo. Inclusive de delicadas cirurgias.
E o paciente foi coisificado. [...]

(...) E a vida que palpita nas manhãs primaveris
Agoniza nas paredes e nos corredores sombrios da empresa
hospitalar.
E o hospital partiu em busca da humanização.
Solidão, vazio, lágrimas, sufoco e desespero d’alma.
A agonia da morte e o sofrimento da dor.
E o paciente gritou pelo fim da coisificação.

E o amor, amor que ainda insiste em existir apesar do
capitalismo, volta aos hospitais nessa busca de humanização.
E a dor, dor que nas entranhas da alma torna-se o vôo isolado
do condor, torna-se vida e cor.

(...) E o sonho, sonho que traz a esperança em forma de
ilusão, espera o dia em que o “capital” deixará o hospital.
E, nesse dia, os doentes serão tratados como seres humanos.
E haverá, no hospital, lugar e respeito a todos que acreditam
no amor e na humanização do paciente...” (ANGERAMI, p. 5, 1984)

REFERÊNCIAS:

ALCANTARA , Luciana da Silva; VIEIRA, João Marcos Weguelin. **Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades.** Social Work and Health. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 12, n. 2, p. 334 - 348, jul./dez. 2013. Disponível em: <[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/14332-62952-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/14332-62952-1-PB%20(1).pdf)> Acesso em: 26 ago.2019.

ALVES, F. L.; MIOTO, R. C. T.; GERBER, L. M. L. **A política nacional de humanização e o serviço social: elementos para o debate.** Serviço Social e Saúde, v. 6, n. 1, p. 35-52, 13 maio 2015. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634944>> Acesso em: 26 Ago 2019.

ANGERAMI, Valdemar Augusto. (Org.) **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar.** São Paulo: Traço, 1984. (Série psicoterapias alternativas; v. 2).

ARIZONO, Adriana Davoli ; SILVA, Regina Célia Pinheiro da. **A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social.** REVISTA CIÊNCIAS HUMANAS – UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ (UNITAU) – BRASIL – VOL. 1, N. 2, 2008. Disponível em: <<https://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/view/202/108>> Acesso em: 27 Ago 2019.

AZEREDO, Yuri Nishijima; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Autoridade, poder e violência: um estudo sobre humanização em saúde.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2021, v. 25. Epub 08 Jan 2021. ISSN 1807-5762. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190838>>. Acesso em: 21 Jun 2022.

BARBOSA, Guilherme Correa et al. **Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa.** Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2013, v. 66, n. 1, pp. 123-127. Epub 08 Maio 2013. ISSN 1984-0446. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000100019>>. Acesso 03 Mar 2022.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **O apoio institucional como dispositivo para a implantação do acolhimento nos serviços de saúde.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2014, v. 18, suppl 1. ISSN 1807-5762. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0238>>. Acesso em: 03 Mar 2022.

BATISTA, Luís Eduardo et al. **Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção.** Projeto financiado pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. Fundo Nacional de Saúde/SES São Paulo. Saúde e Sociedade [online]. 2016, v. 25, n. 3, pp. 689-702. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146290>>. Acesso em: 23 Ago 2022.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2005a, v. 10, n.

3, pp. 561-571. Epub 11 Jun 2007. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300014>>. Acesso em: 14 Jun 2022.

_____. **Humanização na saúde: um novo modismo?** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2005b, v. 9, n. 17, pp. 389-394. Epub 31 Ago 2012. ISSN 1807-5762. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000200014>>. Acesso em: 16 Jun 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS – coleção Para Entender a Gestão do SUS**. Vol 13. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf> Acesso em: 26 Abr 2022.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 22 Ago 2022.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. 4. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm > Acesso em: 22 de Ago 2022.

BRASIL. **Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. 1993. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm > Acesso em: 22 de Ago 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>> Acesso em: 01 Ago 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Documento para discussão. Versão Preliminar. Série B – Textos Básicos da Saúde. Brasília, 2003. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>> Acesso em: 12 Ago 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Brasília – DF, 2004 Série B. Textos Básicos de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Oficina Nacional HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização**. Brasília, 19 e 20 de novembro de 2003. Versão 31/1/2004. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/oficina_nac_humanizaSus.pdf> Acesso em: 12 Ago 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização**. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. HumanizaSUS. Brasília – DF 2004 Série B. Textos Básicos de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. **Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP e estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar e RAS**. Brasília, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html> Acesso em: 25 Nov 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf> Acesso em: 26 Abr 2022.

BRASIL. Presidência da República. DECRETO Nº 5.839, de 11 de Julho de 2006b. **Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde – CNS e dá outras providências**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5839.htm#art16> Acesso em: 12 Set 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 56 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf> Acesso em: 14 Set 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS**. 2. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf> Acesso em: 12 Set 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS. Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência**. 1.^a Ed. 3.^a reimpressão Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília-DF, 2009c. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monitoramento_politica_humanizacao_rede_gestaosus.pdf>. Acesso em: 26 Nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Trabalho e redes de saúde**. 1^a Ed. 2^a reimpr. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. **Guia de orientações básicas para implantação de ouvidorias do SUS**. Brasília: 2013. 40 p.: il. Disponível em: <file:///E:/Mestrado/Dissertação/Referências%20Bibliográficas/guia_orientacoes_implantacao_ouvidorias_sus.pdf> Acesso em: 24 Nov 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro De 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html > Acesso em 23 Nov 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**. Brasília – DF, 2020. 1ª Ed. revisada.

BRASÍLIA. Conselho Federal de Serviço Social. Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde** (Versão Preliminar) Março, 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf> Acesso em: 29 Set 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. Rio de Janeiro: Cortez, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza. **A política de saúde no Brasil**. In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2009. Disponível em:<https://www.mpma.mp.br/images/arquivos/caopsa%C3%BAde/Publica%C3%A7%C3%B5es/Pol%C3%ADtica_de_Sa%C3%BAde_no_Brasil.pdf>. Acesso em: 03/03/2022

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de Matos. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2004. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf>> Acesso em: 25 Out 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Orgs). **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. São Paulo: Cortez, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger. **O Sistema Único de Saúde no Enfrentamento à Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19)**. In: SOUZA, Edvânia Ângela de Souza; CELIS, Ariana; INÁCIO, José Reginaldo (Orgs.). **Vidas Ameaçadas** [Diálogos Sobre Trabalho, Pandemia de Covid-19, Serviço Social e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora]. Campinas: Papel Social, 2021.

CALDERON, Daniela Baumgart de Liz; VERDI, Marta Inez Machado. **Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH)**. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:859-70. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/vb6gLM8bvY8Qkjt3q8hMHD/?format=pdf&lang=pt>> . Acesso em: 03 Mar 2022.

CARVALHO, Gilson de Cassia Marques. **O momento atual do SUS... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Saúde soc. São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-24,1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901993000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Ago 2019.

CAXIMBE, Orlando Clementino Manunga. **Serviço Social e a Humanização da atenção à Saúde no hospital Pediátrico David Bernardino de Luanda/Angola**. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista – Unesp. Franca, 2021. Disponível em: <<https://www.franca.unesp.br/#!/ensino/pos-graduacao/pos-graduacao/servico-social/teses-e-dissertacoes/dissertacoes/>> Acesso em: 21 Mar 2022.

CIRCULAR 503/2013. **Manual de orientações novas regras de incentivo de adesão à contratualização – IAC**. Brasília, 01 de novembro de 2013. Disponível em: <<http://fehosp.com.br/files/circulares/d9ecb6e78983c0aa2f381a196520d03b.pdf>> Acesso em: 02 Out 2022.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O que é a filosofia?** Rio de Janeiro. 34 Ed. 1992.

DORICCI, Giovanna Cabral; GUANAES-LORENZI, Carla; PEREIRA, Maria José Bistafa. **Programa Articuladores da Atenção Básica: construindo humanização através do diálogo**. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2016, v. 26, n. 4, pp. 1271-1292. Epub Oct-Dec 2016. ISSN 1809-4481. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400011>>. Acesso 03 Mar 2022.

FALK, Maria Lúcia Rodrigues; RAMOS, Márcia Ziebell; SALGUEIRO, Jennifer Braathen. **A rede como estratégia metodológica da Política Nacional de Humanização: a experiência de um hospital universitário**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2009, v. 13, suppl 1, pp. 709-717. Epub 31 Ago 2012. ISSN 1807-5762. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500022>>. Acesso em: 03 Mar 2022.

FERREIRA. Norma Sandra de Almeida. **As pesquisas denominadas “Estado da Arte”**. Educação & Sociedade, ano XXIII, nº 79, Agosto/2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/es/a/vPsyhSBW4xJT48FrdCtqfp/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 21 Nov 2022.

FRANCO, Tânia; DRUCK, Graça; SILVA, Edith Seligmann. **As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado**. Ver. Bras. Saúde ocup., São Paulo, 35 (122): 229-248, 2010.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde**. Saúde e Sociedade [online]. 2004, v. 13, n. 3,

pp. 30-35. Epub 07 Abr 2008. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300004>>. Acesso em: 03 Mar 2022.

GOMES, Romeu. **A análise de dados em pesquisa qualitativa**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **PESQUISA SOCIAL: teoria, método e criatividade**. 21. Ed. – Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

GOUVEIA, Roberto; PALMA, José João. **SUS: na contramão do Neoliberalismo e da exclusão social**. In: Estudos Avançados nº 35. Dossiê: Saúde Pública. Jan/abr. 1999, v.13 p. 139-145.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **A formação acadêmico-profissional no serviço social brasileiro**. Serviço Social & Sociedade, n.120, São Paulo: Cortez, out/dez.2014, pp.609-639.

_____. **O Serviço Social na cena contemporânea**. Serviço Social & Sociedade. Disponível em: < <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/o-servico-social-na-cena-contemporanea-201608060403123057450.pdf>>. Acesso em: 26 Out 2022.

IYDA, Massako. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo: Unesp, 1994.

JOUCHELOVITCH, Marlova. **O processo de descentralização e municipalização no Brasil**. In Serviço Social & Sociedade. v. 12, n.56. São Paulo. Cortez, Mar. 1998, p. 34-49.

LEAL, Mariana Silveira et al. **Práticas de humanização no transcurso parturitivo na ótica de puérperas e enfermeiras obstétricas**. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2021, v. 74, suppl 4, Epub 22 Jan 2021. ISSN e20190743. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0743>>. Acesso 29 Ago 2022.

LOPES, Vanusa Floriani. **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. FLORIANÓPOLIS 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/166078/TCC%20Vanusa%20F%20Lopes.pdf?sequence=1>> Acesso em: 26 Ago 2019.

MANSO, Maria Elisa Gonzalez; PAGOTTO, Mayumi Uchoa Nawa; TORRES, Renata Laszlo. **Percepções de alunos de Medicina sobre as potencialidades e limitações para o cuidado humanizado**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2021, v. 25, e200394. Epub 16 Abr 2021. ISSN 1807-5762. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.200394>>. Acesso em: 29 Ago 2022.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos**. Serviço Social & Sociedade. São Paulo, 2011. n. 107, p. 497-508. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 03 Nov 2020.

MARTINS, Catia Paranhos; LUZIO, Cristina Amélia. **Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço*** * Fragmento da poesia de Ana Cristina César. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2017, v. 21, n. 60, pp. 13-22. Epub 03 Nov 2016. ISSN 1807-5762. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0614> >. Acesso 03 Mar 2022.

MATIAS, Maria Claudia Souza; VERDI, Marta Inez Machado; FINKLER, Mirelle. **A Dimensão Ético-Política da Humanização e a Formação de Apoiadores Institucionais**. Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2016, v. 14, n. 1 ISSN 1981-7746., pp. 55-75. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00095>>. Acesso em: 03 Mar 2022.

MEDEIROS, Lucilene Martorelli Ortiz Petin; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. **Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura**. Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2016, v. 14, n. 3, pp. 925-951. ISSN 1981-7746. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00022>>. Acesso em: 26 Ago 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2º Ed. 2011.

MEZZOMO, Augusto Antonio. **Humanização hospitalar: Fundamentos antropológicos e teológicos**. São Paulo, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **PESQUISA SOCIAL: teoria, método e criatividade**. 21. ed. – Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **PESQUISA SOCIAL: teoria, método e criatividade**. 28. Ed. – Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

MOCELIN, Helaine Jacinta Salvador et al. **Abordagem profissional em tempos de pandemia: o que aprendemos com o Zika vírus?** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2021, v. 25. Epub 24 Fev 2021. ISSN 1807-5762. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.200427>>. Acesso em: 10 Out 2022.

MONGIOVI, Vita Guimarães et al. **Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva**. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2014, v. 67, n. 2, pp. 306-311. ISSN 1984-0446. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140042>>. Acesso em: 16 Jun 2022.

MORAIS, Rute Cristina Barbosa. **A práxis do Serviço Social nas instituições públicas de saúde na Cidade de Franca/SP**. TCC. 2001. 76f. Unesp. Franca/SP.

_____. **O pacto pela saúde e o seu impacto na saúde pública brasileira**. TCC (Especialização em Gestão de Organização Pública de Saúde) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNRIO, 2012.

MOREIRA, Márcia Adriana Dias Meirelles et al. **Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2015, v. 20, n. 10, pp. 3231-3242. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.10462014>>. Acesso 03 Mar 2022.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. **Cuidado, descuido e afecção: uma perspectiva para a humanização em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2021, v. 26, n. 08, pp. 2934. Epub 09 Ago 2021. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.12592021>>. Acesso em: 21 Jun 2022.

MORI, Maria Elizabeth.; OLIVEIRA, Olga, Vânia Matoso de. **Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2009, v. 13, suppl, pp. 627-640. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500014>>. Acesso em: 03 Mar 2022.

NETO, José Paulo. **Introdução ao método de Marx.** Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=2WndNoqRiq8>> Acesso em: 26 Ago 2020.

O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. Saúde em Debate. 2005;29(71):385-396.[fecha de Consulta 6 de Junio de 2022]. ISSN: 0103-1104. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345256015>>. Acesso em: 25 Fev 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books.

PAIM, Jairnilson Silva et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafio. Saúde no Brasil.** Publicado Online 9 de maio de 2011. Disponível em: <https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf> Acesso em: 21 Jan 22.

PASCHE, Dário Frederico. **Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2009, v. 13, suppl 1, pp. 701-708. Epub 31 Ago 2012. ISSN 1807-5762. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500021>>. Acesso 26 Mar 2022.

PAVAN, Cleusa; TRAJANO, Ana Rita Castro. **Apoio institucional e a experiência da Política Nacional de Humanização (PNH) na Freguesia do Ó, Brasilândia, São Paulo, Brasil.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2014, v. 18, suppl 1, pp. 1027-1040. ISSN 1807-5762. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0229>>. Acesso em: 03 Mar 2022.

PIRES, et al. **Relação entre a remuneração do sistema único de saúde, os custos dos procedimentos hospitalares e o resultado: estudo nas Santas Casas de misericórdia do estado de São Paulo.** Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde. Vol. 14, n.3, Belo Horizonte, MG. JUL/SET 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.21450/rahis.v14i3.4286>> Acesso em: 01 Out 2022.

PUCINI, Paulo de Tarso; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **A humanização dos serviços e o direito à saúde**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2004, v. 20, n. 5, pp. 1342-1353. Epub 13 Out 2004. ISSN 1678-4464. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500029>>. Acesso em: 03 Mar 2022.

REGIS, Maria Figuerêdo de Araújo. **O Serviço Social e a área de gestão de pessoas: mediações sintonizadas com a Política Nacional de Humanização no Hospital Giselda Trigueiro**. Serviço Social & Sociedade [online]. 2011, n. 107, pp. 482-496. Epub 13 Set 2011. ISSN 2317-6318. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000300006>>. Acesso em: 26 Ago 2022.

RIBAS, Eliana. **Política de humanização no estado de São Paulo**. EnfermagemRevista, 2012. Disponível em: [file:///C:/Users/Rute%20Morais/Downloads/Eliana%20Ribas_Pol%C3%ADtica%20de%20humaniza%C3%A7%C3%A3o%20no%20Estado%20de%20SP%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Rute%20Morais/Downloads/Eliana%20Ribas_Pol%C3%ADtica%20de%20humaniza%C3%A7%C3%A3o%20no%20Estado%20de%20SP%20(2).pdf)>. Acesso em: 02 Out 2022.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

RIOS, Izabel Cristina; BATTISTELLA, Linamara Rizzo. **Gestão da humanização das práticas de saúde: o caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. Saúde e Sociedade [online]. 2013, v. 22, n. 3, pp. 853-865. Epub 25 Nov 2013. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000300018>>. Acesso 03 Mar 2022.

SALGADO, Ana Cristina Soeiro; PENA, Ricardo Sparapan; CALDEIRA, Luiz Wagner Dias. **Apoio institucional e militância no Sistema Único de Saúde (SUS): refletindo os desafios da mobilização dos sujeitos na produção de saúde**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2014, v. 18, suppl 1, pp. 909-918. Epub 16 Maio 2014. ISSN 1807-5762. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0221> >. Acesso em: 03 Mar 2022.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth; GOMES, Rafael da Silveira. **A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2009, v. 13, suppl 1, pp. 603-613. Epub 31 Ago 2012. ISSN 1807-5762. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500012>> . Acesso em: 03 Mar 2022.

SÃO PAULO. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. **Deliberação nº 23/CIB/SES, de 23 de maio de 2012a**. Aprova implementação da Política Estadual de Humanização. Diário Oficial [do] Estado de São Paulo: nº 98 – DOE de 25/05/12 – Seção 1 - p.24.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Núcleo Técnico de Humanização. **Política Estadual de Humanização – PEH**. Julho, 2012b. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/politica_estadual_de_humanizacao_v5.pdf> Acesso em: 27 Ago 2019.

SÃO PAULO. Gabinete do Secretário. **Resolução SS - 116, de 27-11-2012.** Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Estadual de Humanização nos serviços hospitalares, ambulatoriais e outros tipos de serviços no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <http://fehosp.com.br/files/circulares/86a9c11d737839e9ad19ebb0be9dc988.pdf> > Acesso em: 01 Set 2022.

SÃO PAULO. **Manual de Pesquisa de Satisfação (Manual PSAT).** 11/09/2013. Versão: 21/10/2013. Versão: 02. P.23.

SÃO PAULO. Gabinete do Secretário. **Resolução SS nº .13, de 05-02-2014.** Determina critérios para acompanhamento e manutenção dos repasses financeiros referentes ao Auxílio Financeiro às Instituições Filantrópicas. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/2014/santas-casas-sustentaveis/resolucao_ss_n.13_1.pdf > Acesso em: 29 Ago 2019.

SÃO PAULO. Gabinete do Secretário. **Resolução SS-39, de 09-04-2014.** Aprova o Mapa de Indicadores para monitoramento da estratégia “Santa Casa SUSstentável” e dá outras providências. Disponível em: <https://www.fehosp.com.br/files/circulares/2beabad7cac818c462388bffe6f8aae6.pdf> > Acesso em: 01 Set 2022.

SÃO PAULO. **Decreto nº 60. 399, de 29 de abril de 2014.** Dispõe sobre a atividade das Ouvidorias instituídas pela Lei nº 10.294, de 20 de abril de 1999. Disponível em: [http://al.sp.gov.br/Decreto_nº_60.399_de_29/04/2014_\(Decreto_60399/2014\)](http://al.sp.gov.br/Decreto_nº_60.399_de_29/04/2014_(Decreto_60399/2014)) > Acesso em: 24 Nov 2022.

SÃO PAULO. Gabinete do Secretário. **Resolução SS - 95, de 24-11-2017.** Dispõe sobre critérios para acompanhamento e manutenção dos repasses financeiros referentes ao Auxílio Financeiro às Instituições Filantrópicas – Santas Casas SUSstentáveis e dá providências correlatas. Disponível em: https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2021/06/E_R-SS-95_241117.pdf > Acesso em: 01 Set 2022.

SILVA, Atila Mendes da; SÁ, Marilene de Castilho; MIRANDA, Lilian. **Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar.** Saúde e Sociedade [online]. 2013, v. 22, n. 3, pp. 840-852. Epub 25 Nov 2013. ISSN 1984-0470. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000300017> >. Acesso em: 03 Mar 2022.

SILVA, Fábio Hébert da; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MARTINS, Cátia Paranhos. **Experimentações e reflexões sobre o apoio institucional em saúde: trabalho a partir do HumanizaSUS.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2015, v. 19, n. 55, pp. 1157-1168. Epub 18 Ago 2015. ISSN 1807-5762. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0280> >. Acesso em: 03 Mar 2022.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil).** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2011, v. 16, n. 6, pp. 2753-2762. Epub 16 Jun 2011. ISSN

1678-4561. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>>. Acesso em: 26 Abr 2022.

SILVA, José Fernando Siqueira da. **Serviço Social: resistência e emancipação?** 1. Ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SOUZA, Diego de Oliveira; MAURÍCIO, Jane Carla. **A antinomia da proposta de humanização do cuidado em saúde.** Saúde e Sociedade [online]. 2018, v. 27, n. 2 pp. 495-505. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902018164811>>. Acesso em: 30 Ago 2022.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças.** Saúde e Sociedade [online]. 2010, v. 19, n. 3, pp. 509-517. Epub 07 Out 2010. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300004>>. Acesso em: 11 Out 2022.

SOUZA, Waldir da Silva; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. **A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2008, v. 12, n. 25, pp. 327-338. Epub 31 Ago 2012. ISSN 1807-5762. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000200008>>. Acesso 03 Mar 2022.

SULAIMAN, Isabelle Narduchi. **ANÁLISE DA CULTURA DO HOSPITAL DE AMOR DE BARRETOS/SP: um trabalho movido pela ética, pela humanização e pela cultura da paz.** 2019. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista – Unesp. Franca, 2019. Disponível em: < <https://www.franca.unesp.br/#!/ensino/pos-graduacao/pos-graduacao/servico-social/teses-e-dissertacoes/dissertacoes/>> Acesso em: 21 Mar 2022.

TEIXEIRA, J.B.; BRAZ, M. **“O projeto ético-político do Serviço Social.”** In.: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Curso de Especialização à Distância CFESS/ ABEPSS/ 2009.

TOLEDO, Patrícia Pássaro da Silva et al. **Prontuário Eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2021 v. 26, n. 6, pp. 2131-2140. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39872020>>. Acesso em: 29 Ago 2022.

VIACAVA, Francisco et al. **SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos.** Ciências & Saúde Coletiva, 23 (6): 1751-1762, 2018.

YAHN, Pedro Ivo Freitas de Carvalho; YASUI, Silvio. **O apoiador caipira: o desafio/arte de articular redes regionais a partir de territórios/desejos singulares.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2014, v. 18, suppl 1 pp. 871-884. ISSN 1807-5762. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0214>>. Acesso em: 31 Ago 2022.

YAZBEK, M. C. **A Escola de Serviço Social no período de 1936 a 1945.** In: Cadernos PUC. São Paulo: EDUC/Cortez, 1980. (p. 11-60).

Apêndice A

Roteiro de entrevista – profissionais que participam do GTH ou CIH

- 1)** Há quanto tempo você trabalha neste hospital e qual o trabalho que realiza?
- 2)** Como é denominado o Grupo de Humanização que você participa (Grupo de Trabalho de Humanização-GTH ou Centro Integrado de Humanização-CIH)? Há quanto tempo você participa deste grupo?
- 3)** Como você descreve a participação dos membros do GTH ou CIH na implantação de ações de Humanização?
- 4)** Descreva a participação dos usuários, trabalhadores e gestores do hospital no processo de implantação da Humanização?
- 5)** Você sabe quais são as diretrizes e dispositivos de Humanização? Descreva abaixo.
- 6)** Você sabe quais são as diretrizes e dispositivos implantados neste hospital? Descreva como acontece na rotina do hospital.
- 7)** Como você descreve a autonomia dos profissionais para propor melhorias na realização do trabalho e na qualidade dos serviços prestados?
- 8)** Como você descreve a valorização do trabalhador neste hospital? Quais ações são desenvolvidas para essa finalidade?
- 9)** Descreva os impactos da pandemia Covid-19 no processo de Humanização neste hospital?
- 10)** Quais os avanços, limites e desafios você encontra no processo de implantação da Política de Humanização?
- 11)** Palavra livre. Observações do profissional.

Apêndice B
Roteiro de entrevista – Assistente Social

- 1) Há quanto tempo você trabalha neste hospital e qual o trabalho que realiza?

- 2) Como é denominado o Grupo de Humanização que você participa (Grupo de Trabalho de Humanização-GTH ou Centro Integrado de Humanização-CIH)? Há quanto tempo você participa deste grupo?

- 3) Descreva como se dá o trabalho do Assistente Social neste espaço (GTH/CIH)?

- 4) Quais as contribuições do assistente social no processo de implantação da Política de Humanização?

- 5) Você identifica alguma relação do trabalho exercido no GTH/CIH com a formação profissional do Assistente Social? Descreva a respeito.

- 6) Discorra sobre os desafios e dificuldades vivenciadas no cotidiano profissional no processo de implantação da Política e Humanização?

- 7) Quais as diretrizes e dispositivos da Política de Humanização implantados no hospital? Descreva como acontece no cotidiano da instituição.

- 8) Como você descreve a valorização do trabalhador neste hospital? Quais ações são desenvolvidas para essa finalidade?

- 9) Como se dá a participação dos usuários, trabalhadores e gestores do serviço no processo de implantação da humanização? Descreva a importância de cada um nesse processo.

- 10) Como você descreve a autonomia dos profissionais para propor melhorias na realização do trabalho e na qualidade dos serviços prestados?

11) Quais os rebatimentos/impactos da pandemia Covid-19 no processo de Humanização neste hospital?

12) Quais os avanços, limites e desafios você encontra no processo de implantação da Política de Humanização?

13) Palavra livre. Observações do profissional.