

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

SÔNIA DE SOUSA BARBOSA

**HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: estado da arte de dissertações e teses
UFG e PUC Goiás (2006-2016)**

GOIÂNIA-GO
2018

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

**HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: estado da arte de dissertações e teses
UFG e PUC Goiás (2006-2016)**

GOIÂNIA-GO
2018

Sônia de Sousa Barbosa

**HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: estado da arte de dissertações e teses
UFG e PUC Goiás (2006-2016)**

Pesquisa apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*- Mestrado em Serviço Social - da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO), como requisito para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dra. Denise Carmen de Andrade Neves

GOIÂNIA-GO
2018

B238h Barbosa, Sonia de Sousa

Humanização em saúde [recurso eletrônico] estado da arte de dissertações e teses UFG e PUC Goiás (2006

- 2016) / Sonia de Sousa Barbosa.-- 2018.

130 f.: il.

Texto em português com resumo em espanhol

Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Serviço Social, Goiânia, 2018.

Inclui referências, f. 97-108

1. Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Teses.

2. Humanização dos serviços de saúde. 3. Universidade Federal de Goiás - Teses. 4. Saúde pública - Pesquisa

- Goiás (Estado) - 2006-2016. I. Neves, Denise Carmen de Andrade. II.

Pontifícia Universidade Católica de Goiás. III. Título.

CDU: 614-047.37(043)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Sônia de Sousa Barbosa

HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: estado da arte de dissertações e teses UFG e PUC Goiás (2006-2016)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto
Sensu*– Mestrado em Serviço Social - em 04 de abril de 2018

BANCA EXAMINADORA

Dra. Denise Carmen de Andrade Neves
Orientadora/PUC-GO

Dra. Carla Agda Gonçalves
Titular/UFG

Dra. Vannuzia Leal Andrade Peres
Titular/PUC-GO

Dra. Maria Conceição Sarmento Padial Machado
Suplente

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus... por tudo e por ter me permitido chegar ao final deste trabalho.

Aos meus familiares, pais, irmãos e genro... e em especial aos meus dois filhos, Cínthia e Thiago!

A toda a equipe do Serviço Social do Hospital das Clínicas (HC) e aos demais colegas de trabalho pelo apoio e incentivo.

A Denise Carmen, minha orientadora, pelas valiosas contribuições e pelo apoio na elaboração deste trabalho.

À professora Carla Agda, da Universidade Federal de Goiás (UFG), e às professoras Vannuzia Leal e Maria Conceição Padial, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), por terem aceitado fazer parte da minha banca.

Um obrigada muito especial à Tereza Cristina Favaro pelo carinho e pelas valiosas contribuições durante a elaboração deste trabalho.

Gostaria de registrar o apoio que recebi da Diretoria do Hospital das Clínicas (HC), na pessoa da enfermeira e colega de trabalho Alexandrina Adorno (*In Memoriam*), durante os dois anos em que cursei o Mestrado na PUC-GO.

A todos, o meu muito obrigada!

LISTA DE QUADRO

Quadro 01 – Sujeitos da pesquisa identificados nas dissertações da UFG e da PUC Goiás que tratam da temática humanização – 2006 a 2016	78
--	----

RESUMO

O estudo da humanização do atendimento em saúde é de essencial relevância, uma vez que a constituição de um atendimento calcado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) demanda a revisão das práticas cotidianas, de modo a valorizar a dignidade dos sujeitos envolvidos no processo. Esta dissertação foi baseada no método de pesquisa estado da arte, tendo como objeto de investigação a produção acadêmica sobre humanização na saúde, a partir de dissertações dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal de Goiás (UFG), regional Goiânia, e Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), no período de 2006 a 2016. Teve como objetivo identificar e analisar a produção acadêmica da UFG e PUC-GO, em diversas áreas do conhecimento, no período de 2006 a 2016. Dessa forma, a pesquisa teve caráter bibliográfico e documental, com a utilização de uma metodologia inventariante e descritivo da produção acadêmica sobre o tema estudado. Os levantamentos deram-se a partir do contato com os Programas de Pós-Graduação (PPG) da UFG, regional Goiânia, e PUC-GO, bem como com o levantamento bibliográfico realizado junto à Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) das referidas instituições. A amostra da pesquisa foi constituída por vinte dissertações, uma vez que não foi localizada nas BDTD teses de doutorado que versassem sobre humanização na saúde. Os resultados apontaram para a diversidade de temáticas, desarticulação entre a temática estudada e o conceito ampliado de saúde, posicionamentos superficiais sobre as discussões que envolvem a política de saúde, o SUS, seus princípios e diretrizes e, conseqüentemente, a Política Nacional de Humanização (PNH), enquanto política pública.

Palavras chave: saúde, integralidade, humanização.

RESUMEN

El estudio de la humanización de la atención en la salud, es de esencial relevancia una vez que la constitución de una atención calcada en los principios y directrices del Sistema Único de Salud (SUS) demanda la revisión de las prácticas cotidianas, de modo que valore la dignidad de los sujetos envueltos en el proceso. Esta disertación fue basada en el método de estudio estado del arte, teniendo como objetivo de investigación la producción académica sobre la humanización en la salud, a partir de disertaciones de los programas de Post-Graduación Stricto Sensu de la Universidad Federal de Goiás (UFG), regional Goiânia y Pontífice Universidad Católica de Goiás (PUC-GO), en el período de 2006 a 2016. Tuvo como objetivo identificar y analizar la producción académica de la UFG y PUC-GO en diferentes áreas del conocimiento, en el período de 2006 a 2016. De esta forma, el estudio tuvo carácter bibliográfico y documental, con la utilización de una metodología de carácter inventario y descriptivo de la producción académica sobre el tema estudiado. Los resultados obtenidos se dieron a través del contacto con los Programas de Post-Graduación (PPG) de la UFG, regional Goiânia y PUC-GO bien como con el resultado bibliográfico realizado junto a la Biblioteca Digital de Tesis y Disertaciones (BDTD) de las referidas instituciones. La muestra del estudio fue constituida por veinte disertaciones, ya que no fue localizada en las BDTD tesis de doctorado que versasen sobre la humanización en la salud. Los resultados apuntaron para la diversidad de temáticas, desarticulación entre la temática estudiada y el concepto ampliado de salud, posicionamientos superficiales sobre las discusiones que envuelven la política de salud, el SUS, sus principios y directrices y, consecuentemente la Política Nacional de Humanización (PNH), encuanto a política pública.

Palabras clave: Salud, Integralidad, Humanización.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BDTD	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAP	Comunidade Ampliada de Pesquisa
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CF	Constituição Federal
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CTH	Câmara Técnica de Humanização
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
DNER	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNS	Departamento Nacional de Saúde
EC	Emenda Constitucional
FEN	Faculdade de Enfermagem
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GO	Goiás
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos

IAPTC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores em Transportes e Cargas
IES	Instituição de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MA	Maranhão
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
MT	Ministério do Trabalho
MTIC	Ministério do Trabalho Indústria e Comércio
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PFST	Programa de Formação em Saúde do Trabalhador
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNH	Política Nacional de Humanização
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPA	Plano de Pronta Ação
PPG	Programa de Pós-Graduação
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PUC	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
SALTE	Saúde, Alimentação, Transporte e Energia
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SP	São Paulo

SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Tocantins
UFG	Universidade Federal de Goiás
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

“A maior das ilusões políticas é acreditar que se pode humanizar um sistema cuja a essência é mercantilizar as necessidades humanas”.

(Jacque Fresco)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1 - POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: breve trajetória sócio-histórica	20
1.1 Intervenção estatal na saúde	20
1.2 Movimento de Reforma Sanitária e Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil	33
1.3 Integralidade e Saúde	46
CAPÍTULO 2 - POLÍTICA DE SAÚDE E HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE.....	52
2.1 Antecedentes da construção da Política Nacional de Humanização (PNH)	52
2.2 A Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS.....	58
2.3 Contradições e suas implicações na materialidade da PNH.....	63
CAPÍTULO 3 - ESTADO DA ARTE SOBRE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE: um estudo de dissertações da PUC-GO e UFG.....	75
3.1 Descrição das dissertações que abordam a humanização na saúde	75
3.2 Análise das dissertações a partir das categorias: saúde, humanização e integralidade	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS.....	98
APÊNDICES	110

INTRODUÇÃO

A pesquisa caracteriza-se pela realização do estado da arte das dissertações que versam sobre humanização na saúde na Universidade Federal de Goiás (UFG), regional Goiânia, e Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), no período de 2006 a 2016. O estudo foi realizado a partir da análise das dissertações de mestrado dos cursos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* das referidas Instituições de Ensino Superior (IES).

A pesquisa tem por objeto de investigação a produção acadêmica sobre humanização na saúde, a partir de dissertações dos Programas de Pós-Graduação (PPG) *Stricto Sensu* da Universidade Federal de Goiás (UFG), regional Goiânia, e Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), no período de 2006 a 2016. E por objetivo, identificar e analisar a produção acadêmica sobre humanização na saúde, em dissertações da Universidade Federal de Goiás e Pontifícia Universidade Católica de Goiás, no período de 2006 a 2016.

A definição das fontes em que foram realizados os levantamentos deu-se a partir do contato com os PPG da PUC-GO e UFG, regional Goiânia, e com o levantamento bibliográfico realizado junto à Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) das referidas instituições.

A partir do levantamento realizado junto à BDTD de ambas as IES, usando-se como descritores as palavras saúde, integralidade e humanização, foi encontrado um universo de trinta dissertações que a base de dados informou que versava sobre humanização na saúde. A amostra da pesquisa foi constituída apenas de dissertações, uma vez que não foi localizada nas BDTD teses de doutorado que versassem sobre humanização na saúde.

Os critérios de inclusão na amostra foram: dissertações que abordassem diretamente a temática sobre humanização; estudos sobre humanização realizados a partir de pesquisas de campo; apenas produções defendidas e publicadas nos PPG entre os anos de 2006 e 2016. Os critérios de exclusão foram: dissertações que não abordassem diretamente a temática sobre humanização na saúde; estudos realizados sem a realização de pesquisa de campo; dissertações defendidas e publicadas fora do recorte temporal estabelecido.

Após a leitura do sumário, resumo, introdução e das considerações finais de

todas as trinta dissertações, identificou-se que apenas vinte trabalhos atendiam aos critérios de inclusão. Das dissertações excluídas por não atenderem aos critérios de inclusão: três estavam fora do recorte temporal; seis não tinham como foco a humanização; e uma por se tratar de pesquisa documental e bibliográfica.

A escolha da realização da pesquisa, a partir da produção acadêmica da UFG e PUC-GO deve-se ao fato das duas constituírem-se as maiores IES no estado de Goiás na atualidade; contemplando um número significativo de PPG *Stricto Sensu*, prezando pela indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, características das universidades.

A PUC-GO conta, atualmente, com onze PPG *Stricto Sensu*, que oferecem onze cursos de mestrado: mestrados em Ciências da Religião, Desenvolvimento e Planejamento Territorial, Educação, História, Letras, Psicologia e Serviço Social. E, ainda, mestrados em Engenharia de Produção e Sistemas, Atenção à Saúde, Ciências Ambientais e Saúde, Genética. Levando-se em conta os critérios de inclusão, foram encontradas na BDTD doze dissertações ligadas aos PPG da PUC – onze das Ciências Ambientais e Saúde e uma da Atenção à Saúde.

No caso da UFG, a instituição conta ao todo com quarenta e um PPG com cursos de mestrado, com oito mestrados profissionais em funcionamento, sendo a maior parte dos programas localizados em Goiânia-GO. No caso da UFG, oito dissertações foram incluídas na amostra: três do PPG Ensino na Saúde, três da Faculdade de Enfermagem (FEN), uma das Ciências da Saúde e uma da Sociologia.

Com base no mapeamento das dissertações dos PPG da UFG e PUC-GO, em diversos campos do conhecimento, cujos temas envolviam a humanização, buscou-se responder a pergunta norteadora: como se apresenta a produção acadêmica sobre humanização na saúde, em dissertações da Universidade Federal de Goiás e Pontifícia Universidade Católica de Goiás, no período de 2006 a 2016?

Salienta-se que o tipo de pesquisa denominada “estado da arte” ou “estado do conhecimento” é pouco utilizado pelo Serviço Social em trabalhos acadêmicos e de pós-graduação. Portanto, enquanto aluna do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, modalidade *Stricto Sensu* da PUC-GO, foi um desafio optar por esse tipo de metodologia de pesquisa.

Segundo Ferreira (2002) os trabalhos de pesquisa denominados “estado da arte” constituem-se em inventários descritivos, cujo principal objetivo é o de criar um quadro panorâmico das pesquisas realizadas em torno de temas específicos. Em

relação a este estudo, trata-se de uma revisão da literatura referente à produção do conhecimento sobre humanização na saúde. A pesquisa teve caráter bibliográfico e documental, com a utilização de uma metodologia de caráter inventariante e descritivo da produção acadêmica sobre o tema estudado.

O estudo foi norteado por um percurso metodológico composto por seis fases, quais sejam: a definição do problema (elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento dos descritores e dos critérios para inclusão e exclusão das dissertações a serem analisadas); definição da amostra; categorização dos estudos; definição das informações a serem extraídas dos trabalhos analisados; análise e discussão a respeito das tecnologias utilizadas/desenvolvidas e síntese do conhecimento evidenciado nos trabalhos analisados.

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de julho a setembro de 2017 e foi viabilizada através da elaboração de um roteiro (Apêndice 1) contendo as seguintes informações: nome do PPG, autor, ano de defesa, título, sujeitos de pesquisa, objetivo, procedimentos metodológicos, objeto de estudo, questões norteadoras e resultados finais dos trabalhos. Os dados obtidos, a partir das informações, estão apresentados em três quadros, para uma melhor visualização dos resultados. O Quadro 1 (Apêndice 2) informa os PPG, autores, ano de publicação, título dos trabalhos, sujeitos de pesquisa, objetivos e procedimentos metodológicos; o Quadro 2 (Apêndice 3) os objetos de estudo e as questões que nortearam a pesquisa; o Quadro 3 (Apêndice 4) apresenta os resultados finais dos trabalhos. Para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo.

Casate e Corrêa (2006), ao analisarem a produção científica sobre humanização na saúde, estabelecem uma relação entre a humanização numa perspectiva caritativa e na perspectiva da valorização do sujeito, enquanto cidadão com direitos. Os estudos realizados pelas autoras demonstraram que, entre as décadas de 1950 e 1980, o enfoque dado à humanização ocorreu numa esfera circunscrita às relações interpessoais estabelecidas entre o profissional de saúde e o doente, bem como às questões administrativas de cada unidade de atendimento, evidenciando-se desarticulação das dimensões político-sociais do sistema de saúde.

Por outro lado, a partir da década de 1980, houve um direcionamento no sentido de um enfoque da humanização relacionada à possibilidade de se construir um projeto político, garantindo a operacionalização de um serviço de saúde que considerasse a dignidade do usuário e do trabalhador, como cidadãos. Essa

perspectiva vai ao encontro da mobilização em torno da questão saúde, que teve início na década de 1970 e tomou corpo na década de 1980, culminando na garantia da saúde, enquanto direito de cidadania, estabelecido na Constituição Federal de 1988.

Diante das discussões e reflexões sobre a temática que envolve a humanização na saúde surgiu a motivação para o desenvolvimento da pesquisa, que teve como fio condutor o seguinte questionamento: como se apresenta a produção acadêmica sobre humanização na saúde, em dissertações da UFG e PUC-GO, no período de 2006 a 2016? Para responder à pergunta norteadora, o estudo teve por objetivo analisar essa produção acadêmica, conforme recorte temporal estabelecido.

Ao buscarmos responder à pergunta norteadora teve-se como parâmetro o conceito definido no relatório final da VIII Conferência Nacional da Saúde (CNS), de 1986, ou seja, como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”.

A dissertação está dividida em três capítulos. O primeiro capítulo faz uma retomada histórica da atenção à saúde no Brasil, a partir do início do século XX, com ênfase na intervenção estatal que se dá a partir de 1930. Busca-se explicitar como se deu o processo de industrialização no país, a redefinição do papel do Estado diante das novas demandas da população e das péssimas condições de vida e de trabalho, e a necessidade de se implementar políticas sociais para atender às reivindicações dos trabalhadores, mão de obra essencial na nova dinâmica de acumulação. Nesse sentido, as práticas em saúde vão se transformando com o capitalismo e seu poder metabólico.

Destaca-se nesse capítulo a importância do Movimento de Reforma Sanitária (MRS), a partir da década de 1970, da Conferência de Alma-Ata (1978), e da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), no processo de luta por mudanças radicais na assistência à saúde da população, pela garantia do direito universal à saúde e construção de um sistema único e estatal de serviços com participação popular. Após um longo processo de lutas, a saúde é reconhecida, enfim, como um direito de cidadania, garantida na Constituição Federal (CF) de 1988 e regulamentada através da Lei Orgânica da Saúde (LOS), de 1990.

A partir do reconhecimento da saúde como um direito de cidadania foram discutidos os desafios para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) após a Constituição Federal de 1988. A partir da década de 1990, o período foi marcado pelo

avanço das ideias neoliberais no Brasil, pelo início do desmonte das políticas sociais e, contraditoriamente, pelo recuo dos movimentos sociais, tão presentes na década de 1970 e 1980, na luta pela saúde.

O item 1.3 faz uma discussão sobre a integralidade da atenção em saúde, a partir da realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata, em 1978. O evento possibilitou um novo olhar sobre a situação dos países em desenvolvimento, no que se refere ao acesso às ações em saúde dentro de uma ordem até então voltada exclusivamente para o mercado.

No Brasil, pensar a integralidade supõe o reconhecimento de suas particularidades a partir do marco histórico da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que traz o debate do conceito ampliado de saúde, uma nova concepção, que vai além da assistência médica curativa e aspectos biológicos, focada na doença.

Desse modo, a saúde passa a ser entendida como resultante dos modos de organização social da produção, como efeitos da composição de diversos fatores, exigindo que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas. A Constituição Federal (CF) de 1988 foi a primeira constituição brasileira a incluir uma seção sobre a saúde, incorporando em grande parte os conceitos e as propostas contempladas na VIII Conferência de Saúde (1986).

A CF de 1988 instituiu o SUS, que foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei 8.080 e Lei 8.142, ambas de 1990. Com a institucionalização do SUS, deflagrou-se um processo marcado por mudanças jurídicas, legais e institucionais nunca antes observadas na história das políticas de saúde do Brasil.

De acordo com o artigo 198 da CF de 1988, o SUS está organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Na Lei nº 8.080/1990, em seu artigo 7º, inciso II, a integralidade da assistência é considerada um princípio, que deve ser obedecido por todos os serviços de saúde que integram o SUS. A integralidade, como definição legal e institucional, é concebida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

A integralidade é ao mesmo tempo uma diretriz e um princípio do SUS. O uso do termo a consagrou como noção polissêmica que pode ser tomada, segundo Mattos (2009), como princípio orientador das práticas, de organização do trabalho e de

organização das políticas. Para o autor, a compreensão da integralidade é dotada de múltiplos sentidos, estes compreendem tanto a abordagem do indivíduo na sua totalidade como parte de um contexto social, econômico, histórico e político, quanto na organização de práticas de saúde que integrem ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

Desse modo, como eixo prioritário de uma política de saúde a integralidade é entendida como meio para concretizar a saúde como uma questão de cidadania. Desse modo, buscamos fazer uma breve discussão no item 1.3 desta dissertação sobre alguns sentidos apontados por estudiosos do assunto.

O segundo capítulo discute a humanização na saúde, estabelecendo uma relação entre saúde, enquanto direito de cidadania e humanização, enquanto política pública e estratégia governamental para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, com o objetivo de qualificar a saúde pública no Brasil.

Para um melhor entendimento da origem das discussões sobre a humanização, até a temática ser elevada à categoria de programa, em 2001, e posteriormente à política pública, em 2003, foi necessário uma breve revisão bibliográfica sobre o assunto.

O terceiro capítulo, utilizando-se do estado da arte da produção acadêmica que versa sobre humanização na saúde, traz a descrição e análise das dissertações encontradas na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) da Universidade Federal de Goiás (UFG), regional Goiânia, e da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO).

CAPÍTULO 1 - POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: breve trajetória sócio-histórica

O primeiro capítulo desta dissertação enfoca o início da intervenção do Estado na saúde, que se dá a partir da década de 1930, as alterações na política de saúde no período de 1945 a 1964 e as ocorridas após o golpe militar de 1964. A saúde pública foi predominante até meados dos anos 1960, sendo que a medicina previdenciária só vai sobrepujá-la a partir do regime militar, que se instalou no país após 1964.

A política de saúde no Brasil até recentemente caracterizava-se pelo seu vínculo estreito com a política de previdência social, principalmente no que se refere ao acesso da população à assistência médica. Essa realidade sofreu profundas transformações a partir das décadas de 1970 e 1980, que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que instituiu a saúde como direito de todos e dever de Estado.

Com a consagração da saúde como direito de cidadania, a partir da Constituição Federal de 1988, esse capítulo busca fornecer alguns subsídios para a compreensão de alguns dos inúmeros desafios que a saúde brasileira vem enfrentando, principalmente a partir da década de 1990.

1.1 Intervenção estatal na saúde

A trajetória das políticas de saúde no Brasil está diretamente relacionada às determinações sócio-históricas, principalmente ocorridas a partir do século XX. Durante o período de 1889 até 1930, não se pode falar na existência de uma política de saúde, uma vez que as medidas adotadas buscavam principalmente minimizar os problemas que afetavam a produção econômica e prejudicavam o comércio internacional. As medidas voltavam-se ao saneamento dos portos, que escoavam as mercadorias, urbanização e infraestrutura nos centros urbanos, de maior interesse econômico, e campanhas para conter as epidemias frequentes e prejudiciais à produção, que afetavam a imagem do Brasil junto aos países com os quais mantinha relações comerciais. As intervenções adotadas pelo governo davam-se de forma

pontual e, assim que a situação era controlada, eram logo abandonadas (MELO, 2015).

O cenário era marcado por doenças sexualmente transmissíveis, lepra (hanseníase), tuberculose, febre amarela, cólera, peste bubônica, malária, varíola, leishmaniose. Havia também desnutrição, acidentes com animais peçonhentos e os decorrentes das aglomerações urbanas nas cidades e das condições precárias de trabalho nas lavouras. A assistência médica limitava-se às classes dominantes e aos demais restavam os recursos da medicina popular, curandeiros e o atendimento realizado pelas Casas de Misericórdia¹ (CORDONI JÚNIOR; PAULUS JÚNIOR, 2006).

Face à pressão da burguesia, diante do alarmante quadro de epidemias que desorganizavam a economia nacional foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), em 1896, responsável pelas ações de saneamento e combate às endemias. No entanto, as primeiras modificações relevantes na DGSP ocorreram em 1903-1904, no governo de Rodrigues Alves (1902-1906), em uma conjuntura de pressão diante da enorme quantidade de mortes causadas pelas epidemias, que ameaçavam constantemente a capital federal e os principais portos do país, desorganizavam a economia nacional, baseada então no modelo agroexportador, e manchavam a imagem da cidade e do país.

Durante a gestão de Oswaldo Cruz (1903-1909), a competência da diretoria da DGSP foi ampliada junto com a legislação sanitária. As primeiras modificações sinalizaram para a adoção de um modelo campanhista, destinado ao combate das endemias urbanas e, posteriormente, às rurais. A esse momento Bravo (2001, p. 21) dá o nome de assistencialista, “onde o Estado não reconhece a questão social², enquanto objeto de sua intervenção política”, uma vez que era tratada como questão de polícia.

Tais campanhas seguiam moldes quase militares, com uso da força, que acabavam por gerar oposição de parte da população, políticos e líderes militares. O

¹ A emergência das primeiras Santas Casas (Olinda, 1539; Santos, 1543; Salvador, 1549), destinavam ao abrigo dos doentes, famintos indigentes e viajantes. Teve início com a iniciativa privada e, aos poucos, o Estado passou a intervir na proteção social, por meio de políticas públicas (BOLOVENTA, 2017); História das Santas Casas. <http://iscmitu.org.br/historia-das-santas-casas/>.

² Segundo Yamamoto, a questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo de produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana - o trabalho -, das condições necessárias a sua realização, assim como de seus frutos (IAMAMOTO, 2001, p. 16 -17).

episódio de resistência mais conhecido foi denominado de a Revolta da Vacina, nome dado a uma rebelião popular contra a obrigatoriedade da vacinação anti-varíola sancionada por Oswaldo Cruz, em 1904 (PAIM *et al.*, 2011).

A acumulação capitalista advinda das exportações do café possibilitou o início do processo de industrialização no país, com utilização da mão de obra de imigrantes, especialmente italianos e portugueses, uma vez que estes possuíam experiência nesse setor, já bem desenvolvido na Europa. Os imigrantes trouxeram, ainda, as experiências do movimento operário europeu, em especial o comunismo e o anarquismo³, na luta pelos direitos sociais. Destaca-se que, naquela conjuntura, os operários não tinham quaisquer garantias trabalhistas, tais como férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria. A experiência dos imigrantes, sobretudo os italianos, foi importante, pois fortaleceu a mobilização e organização da classe operária brasileira na luta por seus direitos (GATTAI, 2003; BRAGA, 1986).

Nesse contexto, pós 1ª Guerra mundial (1914-1918), com predominância do café e sua dependência do transporte ferroviário, industrialização despontando, acompanhada da urbanização crescente, os operários das fábricas protagonizaram momentos importantes ao organizar e realizar duas greves gerais no país: uma em 1917 e outra em 1919, contra as miseráveis condições de vida, a exposição às condições degradantes dentro do chão das fábricas, falta de higiene e jornadas de trabalho que ultrapassavam dez a doze horas diárias, envolvendo também crianças e mulheres, parcela significativa da mão de obra operária (BRAGA, 1986).

Importante destacar que a questão social era tratada como caso de polícia pelo Estado, que atuava com forte repressão ao movimento operário. Mesmo sob forte repressão, tais greves deram visibilidade e levaram a questão social ao debate político.

Assim, algumas medidas foram tomadas no intuito de ampliar os serviços de saúde pública no país. Em 1919, foi instituído o seguro obrigatório para acidentes de trabalho coordenado pelo setor privado. Em 1923, a Reforma Carlos Chagas (1919-1926) tenta ampliar o atendimento em saúde por parte do poder central, numa estratégia de conter a crise política em curso (BRAVO, 2001).

³O anarquismo consolidou-se no nosso movimento operário em 1906, a partir do 1º Congresso Operário Brasileiro, que assinalou o anarcossindicalismo como linha ideológica predominante no movimento dos trabalhadores. O anarquismo enfatiza o papel do sindicato não só como órgão de luta, cuja principal tática era a greve geral, mas como núcleo básico da sociedade do futuro (BRAVO, 2013, p. 115).

Foi, portanto, nesse cenário que se deu a promulgação da Lei Eloy Chaves (1923),⁴ a Lei de Férias (1925) e o Código de Menores (1927). No tocante à Lei Eloy Chaves, esta consolidou a base do sistema previdenciário brasileiro⁵, com a criação da Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para os empregados das empresas ferroviárias⁶ (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 20). A efetivação das CAPs acontecia “por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva, tinham como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus filiados e dependentes” (COHN, 2005, p. 14). O Estado exercia o controle à distância, ou seja, atuando exclusivamente na resolução de conflitos entre a administração das Caixas e o segurado. Registram-se a criação de 183 Caixas de Aposentadoria e Pensões (BELINATI, 1994).

Evidencia-se o duplo papel das CAPs naquele momento, pois além dos benefícios oferecidos aos trabalhadores, tinham como característica apaziguar os ânimos dentro das empresas, no sentido de conter possíveis movimentos grevistas, que poderiam atrapalhar o ritmo da produção. Importante notar que, se por um lado as medidas de proteção social espelhavam o interesse do empresariado, em assegurar um mínimo de estabilidade aos trabalhadores, ao minimizar as tensões no interior da classe operária em franca organização, por outro, respondiam às demandas apresentadas pela classe trabalhadora (FAVARO, 2009).

Para Cohn(2005, p.15) a década de 1920 definiu os traços que marcaram o sistema de previdência social no Brasil até os dias atuais, quais sejam: a instituição estatal do seguro social com caráter eminentemente controlador; forma tripartite de financiamento da previdência, sendo que o Estado arrecada os recursos para tal fim, porém cabe ao trabalhador custear o seguro através do desconto em folha; acesso do trabalhador e seus dependentes ao seguro social, insuficiência e necessidade de

⁴ Publicada em 24 de janeiro de 1923, através do Decreto nº 4.682 (COHN, 2005).

⁵ Ressalta-se que, desde o início, o sistema previdenciário brasileiro não foi baseado no conceito do direito à previdência social, inerente à cidadania, mas considerado um direito contratual, baseado em contribuições ao longo do tempo (POSSAS, 1989).

⁶ Destaca-se que, os ferroviários era uma categoria muito combativa e organizada sem a qual a cadeia produtiva do café não poderia prescindir, uma vez que para o modelo agroexportador, o transporte ferroviário era fundamental para a exportação do café. Outros empregados viriam, posteriormente, a ser beneficiados por essa modalidade de seguro. Os estivadores e os marítimos, em 1926, e os demais trabalhadores após 1930. Para as empresas com menos de 50 empregados, a aplicação da lei era facultativa (COHN, 2005).

compra de serviços médicos pelas empresas a partir da compra de serviços privados⁷; o caráter assistencialista e não universalizante do seguro social, que prevalece até hoje.

A crise mundial em 1929 e a Revolução de 1930 impactaram significativamente a trajetória da sociedade brasileira, expondo um processo de transição econômica e social, com substituição das atividades agrário-exportadoras para as atividades urbano-industrial, orientada para o mercado interno com condições favoráveis de expansão naquele momento. Assim, a classe dominante reivindicou a modernização dos centros urbanos e da economia com estímulo à industrialização.

Desse modo, ocorreu um deslocamento do eixo dinâmico da economia para os centros urbanos, com grande investimento no setor industrial na região Centro-Sul. Essa política não vem deslocada do êxodo rural, envolvendo, sobretudo, a região nordeste em direção aos centros econômicos. Esse movimento de expansão do capitalismo monopolista tem como consequência o aprofundamento das disparidades econômicas, sociais e regionais, na medida em que promove a concentração social, regional e racial de renda, prestígio e poder (CARVALHO, 2002).

Diante da necessidade de se dar respostas mais consistentes à questão social, o Estado passou a concebê-la como questão política. Nesse entendimento, a saúde passa a ser vista como área estratégica no âmbito do Estado, que tem como foco as relações entre o capital e trabalho. Esse período é denominado por Bravo (2001) como momento previdencialista.

Delineou-se, então, uma Política Nacional de Saúde, através da criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), em 14/11/1930, que passou a coordenar as ações de saúde de caráter coletivo. A assistência à população não vinculada ao mercado formal de trabalho continuou sendo prestada pelo poder público ou pelas entidades de caridade existentes na época. A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária (BRAVO, 2001).

Em 1933, é criada uma nova estrutura de previdência social, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)⁸, surgindo não mais por empresas, mas sim por

⁷ Cohn (2005, p.16) salienta que datam dessa época as raízes da privatização da assistência médica no Brasil, sob a égide da política previdenciária instituída pelo Estado e sem ônus para os cofres públicos.

⁸ Cohn (2005) cita os institutos criados no período de 1933 a 1938: Em 1933 foi criado o IAPM (dos marítimos), em 1934 o IAPC (dos comerciários) e o IAPB (dos bancários), em 1936 o IAPI (dos

categorias profissionais, a partir de política previdenciária sob a doutrina do seguro, orientada pela redução dos gastos. Salienta-se que, tanto nas CAPs como nos IAPs a saúde não era considerada um direito inerente à cidadania, mas um direito contratual atrelado às contribuições dos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho. Dadas a essas características, a proteção social e o direito à saúde encontravam-se estreitamente vinculados ao mercado formal de trabalho, sendo considerado cidadão de direito quem possuía carteira assinada e contribuía com o sistema. Caracterizando-se, portanto, o que Santos (1987) vai chamar de cidadania regulada.

Além dos benefícios previdenciários, os IAPs desenvolviam serviços de saúde, viabilizando o acesso dos trabalhadores a um plano de assistência médica, prestada diretamente pelos Institutos ou em hospitais e clínicas conveniados, por médicos conveniados ou assalariados. Os IAPs tiveram caráter contencionista, ao contrário das CAPs, uma vez que houve redução da oferta de serviços prestados pelos Institutos. Um dos determinantes para a diminuição dos gastos foi, segundo Oliveira e Teixeira (1985), o rápido crescimento dos trabalhadores urbanos.

Note-se que, o modelo de proteção social, que vigorou de 1930-1945, fragmentado em categorias, limitado e desigual na implementação dos benefícios, foi visto como estratégia de controle da classe trabalhadora. No entendimento de Bravo (2001), o Estado, centralizador nas ações, não teve a pretensão de alargar a cobertura e estender os benefícios a um maior número de categorias de assalariados urbanos. Assim sendo, como regulador das relações entre capital e trabalho, buscou novas formas de manter o controle sobre a classe trabalhadora ao antecipar as suas reivindicações.

Por conseguinte, a intervenção do Estado na saúde deu-se organizada em duas dimensões, a saber: saúde pública e medicina previdenciária, ligada aos IAPs. OMESP, criado em 1930, estava inserido nessa perspectiva, conduzindo as ações de saúde⁹, sob a coordenação do Departamento Nacional de Saúde (DNS), criado em 1937, com ênfase em campanhas sanitárias e o atendimento às populações do interior.

Outra iniciativa encaminhada neste mesmo ano foi o Serviço Nacional de Febre

industriários), que começa a funcionar somente em 1938, e nesse ano o IAPETC (dos trabalhadores em transportes e cargas).

⁹ Bravo (2001) destaca que a saúde pública foi predominante até meados de 1960 e centralizou-se na criação de condições mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as populações do campo.

Amarela, o primeiro serviço de saúde pública de dimensão nacional e, em 1939, o Serviço de Malária do Nordeste. Originou-se, ainda, nesse período, hospitais, colônias e asilos para o tratamento de outras endemias, como a tuberculose e a lepra.

Em 1941, o DNS assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública, garantindo, assim, a ampliação das atividades, bem como a formação de profissionais com capacitação técnica, em especial enfermeiros, médicos, farmacêuticos, sanitaristas, visitantes, engenheiros sanitaristas (voltados ao saneamento) e guardas sanitários; foram também criadas carreiras públicas federais, reforçando as diretrizes da política de saúde, bem como de controle social (FAVARO, 2009). As ações de saúde pública, sob a gestão do MESP, e as ações curativas e individuais, vinculadas aos IAPs, contribuíram para a dualidade do modelo assistencial na área da saúde naquele período.

Em 1948, durante o mandato do General Eurico Gaspar Dutra, o governo formulou o Plano Saúde, Alimentação, Transporte e Energia (SALTE). O Plano SALTE apresentava previsões de investimentos na área da saúde, de 1949 a 1953, não chegando, entretanto, a ser implementado (BRAVO, 2001).

Diante da necessidade de se garantir a manutenção e reprodução da força de trabalho, cada vez mais urbana e fabril, a assistência médica individual cresceu e se desenvolveu no âmbito das instituições previdenciárias, paralelamente ao ritmo acelerado do processo de industrialização instalado no Brasil na década de 1950. Por sua vez, havia uma tentativa por parte do Estado de articular ações de promoção com as ações preventivas e curativas, de acordo com as necessidades da população, levado pelo argumento da relação entre o nível de saúde da população e o grau de desenvolvimento econômico do país. Reunidos esses fatos, as ações na área de saúde pública se ampliaram a ponto de exigir uma estrutura administrativa própria, resultando na criação em 1953, do Ministério da Saúde¹⁰, no governo de Getúlio Vargas¹¹ (CORDONI JÚNIOR; PAULUS JÚNIOR, 2006; BERTOLLI FILHO, 1999).

No entanto, Bravo (2001, p. 23) argumenta que no período, entre 1945 e 1964, o governo não “conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias, e

¹⁰ Criado através da Lei nº 1.920 de 1953, encarregando-se, especificamente, das atividades até então de responsabilidade do DNS. A dicotomia entre a saúde pública e a atenção médica individual persistia (BERTOLLI FILHO, 1999).

¹¹ Diante do descontentamento do centralismo estatal e do uso da repressão aos movimentos reivindicatórios do país, uma junta militar depôs o governo de Getúlio Vargas em 19 de outubro de 1945. Getúlio voltou ao poder em 1951 pela eleição direta, apoiado tanto por partidos conservadores quanto por grande parcela da população (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral”; denota-se que não houve uma mudança estrutural significativa, prevalecendo o modelo médico-hospitalar centrado nas ações curativas, focado na doença, na demanda espontânea e nas ações pontuais. Assim, a política de saúde continuou dividida em dois setores: saúde pública e medicina previdenciária.

Concomitantemente, registra-se o fortalecimento da esfera privada, com expansão da estrutura de atendimento hospitalar com fins lucrativos, fortalecendo a formação de empresas médicas. A esse respeito, Bravo (2011, p. 5) destaca que:

A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos.

O interesse da iniciativa privada tinha como foco um sistema de saúde centrado na capitalização da medicina. Para tanto, tentava-se a todo custo conter a ampliação da rede hospitalar pública, por julgar que o governo deveria subsidiar, por meio de empréstimos a juros baixos, a formação de uma ampla rede de serviços de assistência médica privada, que se encarregaria de vender seus serviços “à população, aos institutos de aposentadoria e pensões e ao próprio governo” (BERTOLLI FILHO, 1999, p. 43).

Até 1964, a rede de assistência médica previdenciária, fornecida basicamente pelos serviços próprios dos IAPs, era composta por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos. A medicina previdenciária teve seu auge no regime militar, durante os anos do denominado “milagre econômico”¹², com o incentivo do Estado à assistência ao trabalhador, face ao grande número de acidentes e doenças provenientes do trabalho e a regulamentação das normas de higiene e segurança do trabalho (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; COHN, 2005).

Cumprir lembrar que, em agosto de 1960 a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) uniformizou os benefícios aos segurados. A esse respeito, Cohn (2005) destaca a forte pressão dos trabalhadores para garantir a promulgação dessa lei, na luta por um sistema previdenciário mais eficiente. Oliveira e Teixeira (1985) enfatizam

¹² Nome dado ao forte crescimento da economia do país no período compreendido entre o final dos anos 1960 e início de 1970, durante a ditadura militar. No entanto, tal crescimento não se traduziu na melhoria das condições de vida de grande parte da população (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

que a uniformização dos benefícios através da LOPS não resolveu os problemas existentes. Aliás, acentuaram-se os conflitos, pela não satisfação das necessidades dos trabalhadores.

Sob a ditadura militar (1964-1984), em 1966, aconteceu a reformulação do sistema previdenciário brasileiro, culminando na fusão de todos os IAPs no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que assumiu os benefícios previdenciários e a assistência médica aos segurados e familiares¹³. Sobre a fusão dos IAPs no INPS, Bravo (2011, p. 59) afirma que

A criação do INPS [...] constituiu-se na modernização da máquina estatal, aumentando o seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no período “populista”; trata-se, portanto, de uma reorientação das relações entre Estado e classes trabalhadoras (grifos da autora).

O que se nota com essa unificação, é que o INPS passou a ser o grande comprador dos serviços privados de saúde. Com isso, cresceu a medicina de grupo. Para Cohn (2005, p. 21), a partir desse momento “aprofunda-se o perfil assistencialista da previdência social”, agora sem nenhum controle por parte dos trabalhadores, assumindo maior presença “não mais em benefícios sob forma de prestação de dinheiro, mas a assistência médica”.

Os serviços médicos passam a ganhar maior importância na barganha clientelista da política de favores, e não mais as aposentadorias e pensões. Havia, de fato, um favorecimento ao setor privado, articulado às tendências da política econômica implantada, tendo como características a extensão da cobertura previdenciária¹⁴, a ênfase na prática médica curativa orientada para a burocratização do setor, a criação do complexo médico industrial e a diferenciação de atendimento à clientela¹⁵ (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Para Bravo (2011, p. 58),

¹³ Com exceção do funcionalismo público, civil e militar, que ainda conservava seus próprios institutos (CARVALHO, 2003).

¹⁴ Em 1967, os acidentes de trabalho foram incorporados no âmbito das ações previdenciárias; em 1971, foi criado o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRO-RURAL) e o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL); em 1972, estendeu-se a cobertura às empregadas domésticas e, em 1973, os trabalhadores autônomos (SCOREL, 2008, p. 390).

¹⁵ Scorel (2008, p. 392) ressalta que, nesse período, os beneficiários estavam separados em três programas distintos: o IPASE, para os funcionários públicos; o INPS, para os trabalhadores urbanos; e o FUNRURAL, para os trabalhadores rurais.

Em face da questão social [...], o Estado utilizou para sua 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, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital.

A partir de 1974, o aumento das desigualdades sociais e a crise econômica resultaram no agravamento das condições de vida da população brasileira. O quadro social e sanitário foi marcado pelo aumento da mortalidade infantil e a incidência de epidemias, como a meningite. Nesse período, a política de saúde enfrentou uma tensão permanente entre os interesses dos setores estatal e empresarial e a emergência do movimento sanitário. “A política social, no período de 1974 a 1979, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares” (BRAVO, 2001, p. 7).

No entanto, as políticas implementadas pelo governo não alcançaram sucesso diante do cenário de crise, ao lançarem mão de medidas de baixa resolutividade. Com isso, cresceu o movimento de oposição, expressando-se através de atos públicos, da imprensa, das forças de oposição e forças populares, que se encontravam em processo de organização. O cenário de crise fortaleceu a emergência dos movimentos sociais, que denunciavam a ineficiência das estruturas de saúde pública e previdenciária, reivindicando serviços de saúde e lutam por reproduzir suas vidas em melhores condições (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Por sua vez, as classes médias privilegiadas com o “milagre econômico”, encontraram nas empresas privadas de seguro-saúde o caminho de acesso ao atendimento rápido e eficiente, reforçando o modelo excludente existente na assistência à saúde.

Embora em 1975 tenha sido criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), Santos (1994) assinala a inexistência, de fato, desse sistema naquele período, uma vez que as ações de saúde continuaram sendo desenvolvidas de forma fragmentada e sem nenhuma integração, com foco limitado ao processo curativo, sem investimentos expressivos na área de promoção e prevenção.

Por outro lado, nesse período, as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) concentraram-se como amplo espaço de debate. Ocorrendo, assim, a V CNS¹⁶, em

¹⁶ A V CNS ocorreu em Brasília, entre 5 e 8 de agosto, e teve como foco o Sistema Nacional de Saúde, o Programa de Saúde Materno Infantil, o Sistema de Vigilância Epidemiológica, o controle das grandes endemias e a extensão das ações de saúde às populações rurais (BRASIL, 1980).

1975, e a VI CNS¹⁷, em 1977, que asseguravam em suas propostas, a participação da comunidade na formulação, fiscalização e implementação da política de saúde.

De acordo com Paiva e Teixeira (2014), havia na proposição do SNS uma iniciativa que terminaria por consolidar no Ministério da Saúde (MS) e no Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS) a separação dos campos de atuação da saúde pública e da assistência previdenciária. A saúde coletiva era direito de todos e a assistência individual e curativa direito apenas dos trabalhadores contribuintes da previdência social.

A partir desse momento, o MS buscou implementar programas de extensão de cobertura voltados para as áreas rurais e programas tradicionais, como imunizações, vigilância epidemiológica e assistência materno infantil. Desse modo, em 1976, iniciou-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste (PIASS). O PIASS deu visibilidade à importância e necessidade de Atenção Primária à Saúde (APS), acabando por permitir a entrada de técnicos provenientes do movimento sanitário no interior do Estado. Inicialmente desenvolvido no Nordeste, o PIASS foi estendido, posteriormente, a todo território nacional, o que resultou numa grande expansão da rede ambulatorial pública (ESCOREL, 2008).

Identificou-se, nesse período, a ampliação do debate em torno da saúde, que deixou de ser interesse apenas de um determinado segmento da população para assumir uma dimensão política vinculado ao debate pela democracia. Em meio à crise instalada na área da saúde e com a emergência e fortalecimento dos diversos movimentos sociais, o regime militar tentou amenizar a crise financeira e política, reorientando a assistência à saúde no âmbito da previdência social, propondo a universalização dos serviços de saúde e a ampliação de sua oferta nas áreas de maior déficit. Cabe reforçar que as mudanças realizadas na Política Nacional de Saúde no período de 1974 a 1979 não dispunham da participação da classe trabalhadora, pois somente a partir de 1979 ocorre a incorporação de alguns sanitaristas que buscaram fortalecer o setor público de saúde.

Esse cenário de crise propiciou a realização do primeiro importante evento na saúde: a VII Conferência Nacional de Saúde¹⁸, em 1980, que teve como eixo único e

¹⁷ A VI CNS ocorreu em Brasília, entre 1 e 5 de agosto, e teve como tema a situação do controle das grandes endemias, a interiorização dos serviços de saúde e a Política Nacional de Saúde (BRASIL, 1980).

¹⁸ A VII Conferência Nacional de Saúde foi convocada pelo presidente João Baptista Figueiredo, através do Decreto 84.106, de 20/09/79, e instalada em 24/03/80, em Brasília-DF.

central – Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos -, com a finalidade de promover um amplo debate de temas relacionados à implantação e desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). O programa, sob a influência do ideário de “Saúde para Todos no ano 2000”, aprovado como diretriz da OMS na Conferência de Alma-Ata, em 1978, e a experiência pregressa da implantação do PIASS, visava a integrar, ou pelo menos articular, o MS e o MPAS, a partir dos serviços básicos de saúde (SCOREL, 2008).

Com a adoção do PREV-SAÚDE¹⁹ e mediante seu fracasso, o governo instituiu, em 1983, o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Por meio desse plano oficial, ligado ao INAMPS, na tentativa de conter custos e combater fraudes, decorrendo, pela primeira vez, na formulação de críticas ao sistema de saúde previdenciário (PAIM, 1989).

Conforme evidencia Bravo (2011, p. 91),

A conjuntura política do momento, com a abertura política e a revitalização democrática, foi um dos fatores determinantes para que medidas impopulares não fossem tomadas. Os partidos de oposição no Congresso também tiveram um papel importante. O “pacote previdenciário” do governo, após negociações, voltou-se basicamente para a contenção de despesas com a assistência médica (grifos da autora).

Nesse sentido, o Plano CONASP desencadeou um conjunto de medidas voltadas para a racionalização das despesas do setor público com assistência médica. Desse modo, as Ações Integradas de Saúde (AIS)²⁰, enquanto estratégia governamental, começaram a ser implantadas, com o objetivo de conferir uma maior racionalidade aos serviços básicos de saúde, através de convênios firmados com o MPAS²¹.

Desse modo, as AIS institucionalizaram um novo padrão de relação entre a previdência social e os serviços de saúde – municipal e estadual -, na medida em que

¹⁹ O PREV-SAÚDE propunha a reestruturação da rede pública de serviços de saúde no sentido da sua universalização e racionalização. A intenção era promover mudanças no acesso da população ao atendimento de saúde, via rede básica, revertendo, assim, a lógica do atendimento hospitalar (COHN, 1989).

²⁰ Salienta-se que as AIS tiveram maior ou menor êxito nos diferentes estados, dependendo da correlação de forças existentes entre os defensores do setor público e os partidários da iniciativa privada (BRAVO, 2011, p. 92). Os convênios AIS começam a ser assinados com as Unidades da Federação a partir de 1983.

²¹ Cohn (2005) salienta que, os recursos provenientes dos convênios das AIS criaram uma situação paradoxal, uma vez que, originários da contribuição dos assalariados, passaram a se fundir com os gastos com a assistência médica da população em geral.

mecanismos de repasse de recursos para essas instâncias foram criados e passaram a prestar atendimento médico individual à população previdenciária (COHN, 2005). Assim, a previdência passou a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários. De acordo com Bravo (2011, p. 92-93), as AIS pautaram-se,

[...] nos princípios de universalização, direito universal à assistência à saúde a toda população brasileira; potencialização e priorização dos serviços de atenção primária à saúde, com ênfase na prevenção; descentralização e democratização das decisões administrativas, técnicas e políticas referentes à política de saúde. As AIS mantinham como estratégia a regionalização e hierarquização dos serviços da rede de saúde, apresentados pelo plano CONASP.

Para além de se constituírem em estratégia governamental para contenção de gastos com a assistência à saúde, as AIS viabilizaram a construção de um novo modelo de atuar e de olhar a saúde, fundamentado na descentralização, na universalização do atendimento e na participação comunitária. Nesse sentido, passaram a ser entendidas por vários segmentos da sociedade como uma estratégia de reversão das distorções do sistema de saúde vigente, que se caracterizava não só por um modelo sucateado e desaparelhado, mas com um baixíssimo nível de resolutividade (COHN, 1989).

Esse cenário foi propício para a consolidação da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)²², em março de 1986. O evento apontou a necessidade da reestruturação da política de saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde, e teve como principais eixos discutidos: a saúde como direito de cidadania, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial.

A partir dos avanços dos debates na VIII CNS, sobre o fortalecimento do setor público de saúde, consolidou-se a proposta de descentralização como única alternativa para um modelo que respondesse às demandas de saúde da população, possibilitando a universalização do acesso e equidade (COHN, 2005). Nesse cenário emergiu a proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), criado através do Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987.

O SUDS foi implementado como a consolidação das AIS, sob a forma de convênios do INAMPS com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), dando início à

²² Convocada pela Presidência da República e de responsabilidade do MS, a VIII Conferência Nacional de Saúde aconteceu em Brasília, entre os dias 17 e 21 de março de 1986.

desconcentração de recursos e poder da esfera federal para a estadual, culminando no esvaziamento do INAMPS, que se estadualizou por meio da sua fusão com as SES e o aumento, mesmo que insuficiente, da cobertura dos serviços de saúde.

Cohn (2005, p. 48) assevera que, as experiências das AIS e do SUDS, naquele momento, “se convertem num instrumento político extremamente poderoso”, dado ao enorme volume de recursos financeiros e interesses envolvidos, em especial o setor privado da saúde, sendo que esta permanece sob o “jogo de interesses imediatos e sendo alvo da apropriação privada da coisa pública”. A cada avanço conquistado no campo da saúde é possível observar a rearticulação das classes dominantes para manter o *status quo* vigente.

Diante de avanços e desafios, o início da implementação das AIS, em 1983, coincidiu com o movimento pelas eleições diretas para presidente. Esse movimento envolveu milhões de trabalhadores brasileiros insatisfeitos com o governo e contou com a adesão da sociedade brasileira²³, vindo ao encontro do princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado e sob a égide do setor público, com comando único em cada esfera de governo, contemplado, posteriormente, na Constituição Federal brasileira, promulgada em outubro de 1988 (COHN, 2005).

1.2 Movimento de Reforma Sanitária e Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil

O Movimento de Reforma Sanitária (MRS) inseriu-se na luta pela redemocratização do país, emergindo na década de 1970, articulando diferentes atores comprometidos com a universalidade e equidade da assistência à saúde, a participação popular nas decisões sobre as políticas públicas, a defesa da democracia e dos direitos.

O movimento reuniu donas de casa, associações de moradores, movimentos populares, organizações sindicais, parlamentares, trabalhadores da saúde, acadêmicos e entidades como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES)²⁴, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (COHN,

²³ Em abril de 1984, foi votada uma emenda que estabelecia eleições diretas para presidente no Brasil. Mesmo não alcançando a maioria dos votos para sua aprovação, esse movimento social de massa fortaleceu a sociedade civil e assumiu caráter exitoso na derrota da ditadura militar (BRAVO, 2011).

²⁴ Junto com o CEBES nasceu a revista Saúde em Debate. O objetivo da publicação era veicular a nova perspectiva de análise da saúde, agora intimamente relacionada aos processos histórico-sociais (COHN, 1989).

1989; BRAVO, 2011).

A bandeira de luta adotada pelo movimento foi a garantia do direito universal à saúde e a construção de um sistema único e estatal de serviços com participação popular, em oposição ao modelo imposto pela ditadura militar, que privilegiava as intervenções verticalizadas, orientadas pela doença, a medicina curativa hospitalar e o uso crescente de tecnologias complexas (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; COHN, 1989). A conjuntura foi marcada pela crise do modelo de saúde previdenciário, associado ao caos nos serviços públicos de saúde, sucateados e insuficientes para a demanda existente.

Salienta-se que, o CEBES e a ABRASCO, juntamente com outros atores, “foram peças-chave para o processo de construção de identidade em torno de uma área de conhecimento batizada no Brasil como Saúde Coletiva²⁵, campo marcado pelo acúmulo significativo de conhecimentos sobre a saúde e a emergência de um cenário de crítica às velhas formas de se praticar saúde pública, constituindo-se no coração pulsante da Reforma Sanitária brasileira (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; COHN, 1989).

Coetânea às mudanças ocorridas no cenário brasileiro, em especial a luta pela saúde, em 1978, deu-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde²⁶, evento organizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Desse modo, começou a ser difundido na América Latina o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e os princípios da medicina comunitária, que previa a desmedicalização e o autocuidado na saúde, atenção primária realizada por não profissionais de saúde, participação da comunidade, implantação de programas vinculados à medicina curativa na formação dos estudantes de medicina, dentre outros (CORDONI JÚNIOR; PAULUS JÚNIOR, 2006).

Esta Conferência possibilitou um novo olhar sobre a situação dos países em desenvolvimento, no que se refere ao acesso às ações em saúde dentro de uma ordem até então voltada exclusivamente para o mercado. Possibilitou, ainda, a

²⁵ A área da Medicina Social, campo de estudo de vários pesquisadores, a partir do final dos anos setenta passou a ser denominada, no Brasil, como Saúde Coletiva (COHN, 1989).

²⁶ A 30ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada pela OMS em 1977, lançou o movimento “Saúde para Todos no Ano 2000”. Como marco inicial dessa programação, foi organizado o evento, que aconteceu em Alma-Ata, República do Cazaquistão (ex - República Socialista Soviética), de 6 a 12 de setembro de 1978, contando com representações de 134 governos (o Brasil esteve ausente), recebendo mais de 3.000 delegados.

elaboração da Declaração de Alma-Ata²⁷, importante documento que trouxe para o centro das discussões a questão da universalidade do acesso à saúde e a ampliação do conceito de saúde, concebido não apenas como ausência de enfermidades, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, além de reafirmá-la como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais a ser alcançada (CORDONI JÚNIOR; PAULUS JÚNIOR, 2006).

A partir dessa Conferência, a integralidade passou a ser discutida por vários setores da sociedade, tornando-se bandeira de luta, a partir das mobilizações em torno da construção de um novo modelo de saúde acessível a todos os brasileiros, constituindo num dos maiores desafios no campo da saúde pública.

No Brasil, pensar a integralidade supõe o reconhecimento de suas particularidades a partir da VIII CNS, trazendo para o debate o conceito ampliado de saúde, não se restringindo ao evento específico de sua realização, mas a um processo, que envolveu uma série de debates prévios e, posteriormente, de conferências específicas por temas e áreas de atuação, após a sua realização (PAIM, 2008).

Para além da assistência médica curativa e aspectos biológicos, focada na doença, a saúde passou a ser considerada como

[...]resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, Anais, 1987, p. 382).

Desse modo, a saúde passou a ser entendida como o resultado dos modos de organização social da produção, como efeitos da composição de diversos fatores. Entre os principais temas debatidos durante a VIII CNS estavam o dever de Estado e o direito do cidadão no tocante à saúde; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor. Temas específicos, como a hierarquização dos cuidados médicos, segundo sua complexidade e especialização, e a participação popular nos serviços de saúde também foram amplamente discutidos (PAIM, 2008). O relatório

²⁷ A Declaração de Alma-Ata foi aprovada, tendo sido ratificada em 1979 pela Assembleia Geral da OMS.

final da VIII CNS²⁸ foi transformado em recomendações, servindo de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da nova Constituição Federal brasileira.

Portanto, a VIII CNS ocorreu dentro da Nova República, representando um divisor de águas na política de saúde brasileira, incorporando as concepções da APS e, na sua essência, a mudança do modelo de assistência à saúde, que previa um “Estado democrático e de direito”, responsável pelas políticas sociais, objetivando “à universalização das ações”, “descentralização”, “melhoria da qualidade dos serviços”, pautados na “integralidade e equidade das ações” (BRAVO; MATOS, 2001, p. 199).

Presidida pelo médico sanitarista Sérgio Arouca, um dos expoentes do MRS, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz, a VIII Conferência tornou-se o maior fórum de debates sobre a saúde do país, reunindo cerca de quatro mil e quinhentas pessoas. E, pela primeira vez, contou-se com a participação das organizações da sociedade civil de todo o país como delegados eleitos, incluindo as representações sindicais, das associações de profissionais de saúde, de movimentos populares em saúde, do CEBES e da ABRASCO, destacando-se pelo caráter democrático (ESCOREL; BLOCH, 2005).

Reconhecida como marco do MRS, a VIII CNS contribuiu para que os sujeitos envolvidos pudessem avançar no processo de luta, na contramão do capital e na busca por melhores condições de vida e de trabalho, perpassando pela saúde. Para além da saúde, houve a oportunidade de se discutir o Sistema Único de Saúde (SUS) e sua articulação às demais políticas setoriais, sobretudo a construção de uma nova relação entre o Estado e a sociedade, pela democratização do país. Registra-se, nesse evento, a ausência dos representantes do setor privado da saúde, a pequena participação do legislativo e a participação praticamente nula dos partidos políticos (COHN, 1989).

Toda essa efervescência democrática foi canalizada para os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte²⁹, que se iniciaram em 1987. Diversas entidades e movimentos sociais se uniram em torno de uma agenda única de reivindicações,

²⁸ A ABRASCO teve um papel de relevo na dinâmica do evento, formulando material prévio para os debates preparativos, apresentando documento que em grande parte norteou a discussão e o texto da CNS, baliza mestra para o texto constitucional, do ponto de vista dos reformistas (COHN, 1989).

²⁹ A Assembleia foi instalada no Congresso Nacional, em Brasília, em 1º de fevereiro de 1987, com a finalidade de elaborar a Constituição democrática do Brasil, após 21 anos sob regime militar. Os trabalhos da Constituinte foram encerrados em 22 de setembro de 1988, após a votação e aprovação do texto final da nova Constituição Federal brasileira.

potencializando as chances de suas demandas serem atendidas, o que foi favorável para se colocar a saúde na agenda política e difundir as propostas da reforma sanitária (TEIXEIRA, 2009; MELO, 2015).

No Congresso Nacional o embate foi intenso, aglutinando as forças de esquerda, da política tradicional e dos reformistas. Dentro desse cenário, atravessado pelas disputas ideológicas, pelo clamor vindo das ruas por reformas que garantissem melhorias para a população brasileira, pela presença do jogo de interesses privados foi promulgada a Constituição Federal (CF) de 1988, nela inscrita o sistema da Seguridade Social (BRAVO, 2011).

Com efeito, o MRS brasileiro alcançou conquistas importantes, juridicamente garantidas na CF de 1988, que integra a Saúde, a Previdência e a Assistência Social no tripé da Seguridade Social. A primeira constituição brasileira a incluir uma seção sobre a saúde (dividida entre os artigos 196 a 200), incorporando grande parte dos conceitos e propostas contempladas na VIII CNS de 1986. Juntos, esses artigos constituíram um sistema único, pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e da participação da comunidade, através do controle social.

A nova Carta Constitucional reconheceu, enfim, a saúde como direito de cidadania, dando origem ao processo de criação do SUS, exigindo que o Estado assumisse a responsabilidade pela política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas. Com isso, o SUS acabou com o duplo comando do MS e INAMPS, que executavam ações de forma contrária, garantindo mudanças juridicamente instituídas na saúde pública brasileira, uma vez que o INAMPS prestava assistência médica apenas aos trabalhadores com carteira assinada.

Com a promulgação da CF de 1988, o artigo 196 inscreve a política de saúde como “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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Desse modo, o SUS conseguiu se estabelecer tanto na atenção primária quanto nas medidas com foco educativo, assim como em ações de promoção à saúde e de prevenção, como campanhas de vacinação.

Destaca-se, ainda, que a CF de 1988 reconhece em seu Artigo 6º, a saúde como direito social: “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta

Constituição” (BRASIL, 1988).

Não há como negar o avanço constitucional ao garantir direitos sociais, expressos no capítulo da Ordem Social, inovando ao consagrar o modelo de Seguridade Social, como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Título VIII, Capítulo II, Seção I, Art. 194). Desse modo, as três políticas formaram o tripé da Seguridade Social, no intuito de compor um sistema de proteção social integralizado. Nesse sentido, foram sendo construídas as bases da integralidade em saúde (TEIXEIRA, 2009).

Na construção da integralidade, o SUS destacou-se pelo caráter universal, contemplando, ainda, propostas da Reforma Sanitária partindo do conceito ampliado de saúde. No artigo 198, consta que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, organizando-se por meio das diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

De forma complementar, tem-se, ainda, alguns princípios que devem ser observados na operacionalização das diretrizes do SUS: a universalidade do acesso, a igualdade da assistência à saúde, a equidade na distribuição de recursos, e a resolutividade dos serviços, a integralidade da assistência, a descentralização e a participação da comunidade. Pode-se observar que a descentralização, a integralidade da assistência e a participação da comunidade são, ao mesmo tempo, princípios e diretrizes do SUS, constituindo-se o seu tripé de sustentação (BRASIL, 1988).

As diretrizes e princípios do SUS têm seu fundamento na CF de 1988 e na Lei 8.080, de 1990. São as diretrizes que caracterizam o SUS como um sistema único, e orientam a organização e o seu funcionamento com o objetivo de torná-lo mais adequado às necessidades da população usuária dos serviços. As diretrizes de descentralização, integralidade e participação da comunidade devem prevalecer sobre toda e qualquer alternativa de reorganização dos serviços de saúde.

Na operacionalização das diretrizes do SUS, os princípios garantem legalmente o acesso da população a todos os níveis de complexidade do sistema público de saúde, sem discriminação de qualquer natureza, sendo que deverá ter equidade na distribuição dos recursos. A descentralização dá aos gestores locais a autonomia de administrar os serviços de saúde dos municípios, tendo como pressupostos a

hierarquização e a regionalização, que são formas de organizar o sistema de saúde, buscando tornar o atendimento e a aplicação de recursos mais eficazes (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Depreende-se que as conquistas na área da saúde foram impactadas pelos vários processos e manifestações iniciados e implantados com o MRS. A sociedade era compreendida como peça fundamental na construção, elaboração e avaliação do SUS, enfatizando a autonomia da população no processo decisório com vistas à cidadania, tendo como pressuposto a integralidade na compreensão do sujeito.

No texto constitucional, a concepção do SUS está baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para responder ao conjunto de necessidades da população e não unicamente a um recorte de problemas. Busca-se, desse modo, resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, principalmente no que se refere à saúde coletiva, consolidando a saúde como um dos direitos de cidadania.

Não obstante, o SUS foi criado em um contexto político e econômico bastante desfavorável, contrário à sua proposta de universalidade e equidade, pois o projeto econômico neoliberal, consolidado nos anos 1990 no Brasil, confronta-se diretamente com os princípios da Reforma Sanitária, que é completamente questionada por esse projeto privatista articulado ao mercado. Verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão por parte do Governo Federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral (BRAVO, 2001).

Com efeito, no que tange à saúde e à efetivação dos princípios do SUS – equidade, universalidade e integralidade – existe um constante tensionamento frente à concepção de Estado mínimo ditada pelo neoliberalismo, que busca restringir a ação do Estado na regulação da vida social. Desse modo, após a CF de 1988, a adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural criou um cenário de crise para a efetivação do SUS no contexto brasileiro (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Nesse cenário, presentificam-se na disputa dois projetos societários: um respaldado na Reforma Sanitária, que atribui ao Estado democrático de direito a responsabilidade e o dever de constituir respostas às expressões da questão social; e outro, baseado na concepção de democracia restrita, restringindo os direitos sociais e políticos com a concepção de Estado mínimo: “o enxugamento do Estado é a grande meta como também a substituição das lutas coletivas por lutas corporativas” (BRAVO, 2009, p. 9).

No que se refere à Seguridade Social, há um distanciamento entre o texto constitucional e sua efetivação na prática, pois acabou prevalecendo uma desarticulação entre a Previdência, Assistência Social e Saúde. A Seguridade Social, e nela incluída o SUS, foi sendo impactada pelas transformações societárias impostas pelo projeto neoliberal, ameaçando os direitos conquistados a partir da CF de 1988.

Enquanto o texto constitucional consagrou a concepção de Seguridade Social, as propostas de reforma da Previdência Social quebraram de fato com essa concepção, esquartejando os três componentes do sistema de Seguridade Social, na medida em que se propõe para cada um deles alternativas distintas. Ao mesmo tempo, desde o início dos anos 1990 os recursos arrecadados pela Seguridade Social não foram repassados para o financiamento da saúde, conforme previsto na própria Constituição Federal (COHN, 2005; BOSCHETTI, 2004).

A Seguridade Social, constitucionalmente instituída, representou um dos maiores avanços no que se refere à proteção social. No entanto, a década de 1990 foi marcada por um período de instabilidade econômica, quando o projeto neoliberal se firmava e os trabalhadores perdiam seu poder de compra. Por outro lado, as empresas de saúde se reorganizavam para atender às demandas dos novos clientes, recebendo subsídios do Governo e consolidando os investimentos no setor privado (MEDICI, 1991). Sobre esse momento Couto (2006, p. 144) ressalta que

[...] em pleno processo de efervescência da promulgação da Constituição de 1988 e das discussões críticas em torno de suas conquistas, o Brasil se tornou signatário do acordo firmado com organismos financeiros internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), por meio de orientações contidas no Consenso de Washington.

Esses organismos internacionais indicavam a redução do papel do Estado na garantia dos direitos sociais, com previsão de medidas de liberalização da economia e realização de reformas estruturais, com o fortalecimento de mecanismos de redução dos gastos públicos, cortes de despesas na área da Saúde, Assistência Social, Previdência Social, Educação, Segurança, dentre outros. Bravo (2011, p.13) enfatiza que “o Brasil viveu, nos anos 1990, de forma aguda, as consequências de uma opção política que levou à adoção do ajuste neoliberal em todas as suas dimensões econômicas e sociais”.

No início da década de 1990, o Governo foi marcado por uma forte crise econômica e vários escândalos de corrupção e pela tentativa de dificultar a

implantação do SUS, dentro dos ajustes firmados pelo Brasil junto aos Organismos Internacionais. Mesmo nesse cenário, face à rearticulação do MRS e a mobilização e pressão da sociedade, foi possível a regulamentação do SUS por meio da promulgação das Leis 8.142/1990 e 8.080/1990³⁰, que formam a Lei Orgânica da Saúde (LOS), assegurando a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo este ser garantido pelo Estado (MELO, 2015).

A Lei 8.080/1990, e suas posteriores alterações, detalham como deve ser a organização básica de ações e serviços de saúde, quanto à direção, gestão, competências e atribuições de cada esfera de governo. Nessa lei, o SUS foi definido como “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990).

Com relação à Lei 8.142/1990, esta dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema e a forma e condições para as transferências governamentais de recursos financeiros (BRASIL, 1990). Esta Lei garante mecanismos de exercício de controle social na saúde em suas instâncias formais, com destaque as Conferências e os Conselhos de Saúde, que são também espaços de luta (BRAVO, 2001).

O artigo 33 da Lei 8.142/1990 fala sobre a origem e fontes de recursos que deveriam ser destinados ao financiamento do SUS. Entretanto, faltou o detalhamento das fontes e omissão dos percentuais orçamentários à operacionalização do sistema, o que acabou provocando cortes frequentes no orçamento, exclusão de algumas fontes antes destinadas à Saúde, com a consequente redução das verbas para o setor.

A Lei 8.142/1990 estabeleceu, ainda, a gestão descentralizada de recursos, em que os estados e municípios deveriam apresentar requisitos para o recebimento de recursos para área da Saúde. Com o objetivo de regulamentar o processo de descentralização proposto pelo SUS, a partir de 1991 passaram a ser editadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs). As NOBs são parte do conjunto de leis do SUS, regulamentando os processos de descentralização da gestão dos serviços e das

³⁰ A Lei 8.080 sofreu alterações através das Leis 9.836/1999, Lei 10.424/2002, Lei 11.108/2005, Lei 12.401/2011, Lei 12.466/2011 e Lei 12.864/2013. O Decreto 7.508, de 28/06/2011 regulamenta a Lei 8.080/1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter-federativa.

ações de saúde. Na década de 1990 foram editadas três NOBs (NOB/1991, NOB/1993 e NOB/1996).

A implementação das NOBs transferiu para estados e municípios brasileiros boa parte das funções de gestão das ações de saúde. No final da década de 1990, a maior parte dos municípios brasileiros estava enquadrada em algumas das condições de gestão prevista pela NOB/1996, significando que estes assumiriam funções de gestão da oferta local de serviços de saúde, anteriormente desempenhadas pela União (ARRETCHE, 2002).

Se por um lado houve um movimento real de descentralização no SUS (ainda que incompleto), por outro a delegação de responsabilidades tem sido maior do que o poder conferido aos gestores municipais e estaduais para a solução dos problemas. O município é crescentemente responsabilizado pela gestão dos serviços de saúde e, conseqüentemente, pela execução das ações (MENDES, 2005; CAMPOS, 2006). No entanto, sem recursos suficientes, o gestor, por mais que queira, tem dificuldades de fazer uma boa gestão da política de saúde no município.

Os governos locais aumentaram sua capacidade de inovação política para responder aos conflitos decorrentes das questões que envolvem a Saúde. No entanto, se por um lado esses governos conquistaram maior autonomia da gestão, uma vez que o Governo Federal passou a não ser o único a decidir como e o que fazer para implementar a política de saúde, por outro os municípios esbarraram na limitação dos recursos financeiros destinados a responderem às questões de saúde (GERSCHMAN, 2004).

No que se refere à descentralização da política de saúde, ocorreu apenas a municipalização da atenção básica. A descentralização da provisão e da gestão dos serviços hospitalares acabou não acontecendo. Para atender às necessidades de saúde da população o sistema historicamente dependeu da rede privada. Desse modo, a gestão hospitalar não pertence ao gestor municipal, mas ao sistema privado que se encontra contratualizado ao SUS. Assim, no que tange à rede hospitalar, a direção do sistema de saúde deixa de ser única, o que traz implicações para a efetivação da política de saúde conforme preconizado na legislação (ARRETCHE; MARQUES, 2007).

Apesar dos avanços alcançados a partir da NOB/1996, o problema do financiamento da saúde ainda apresentava-se como um dos principais desafios para a consolidação e o fortalecimento de uma gestão descentralizada. Desse modo, vários

setores começaram a se organizar para que fosse proposta uma emenda constitucional que fixasse percentuais de destinação dos orçamentos da União, estados e municípios para a área da Saúde.

Em setembro de 2000, finalmente foi promulgada a Emenda Constitucional (EC) nº 29, com o objetivo de definir a forma de financiamento da política pública de Saúde de maneira vinculada à receita tributária (BRASIL, 2000). O financiamento do SUS passou, assim, a ser garantido constitucionalmente através da EC nº 29 e, para viabilização do seu cumprimento, foi fixado um período de transição até 2004.

Mesmo com todas as determinações legais, a viabilização do sistema de financiamento conforme o previsto na CF de 1988 e na EC nº 29 foi dificultada pelo Governo Federal e por parte dos governos estaduais, que ofereceram resistências à aplicação de recursos na Saúde na forma de vinculação prevista. Desse modo, o problema do financiamento da Saúde permaneceu novamente sem uma solução, dificultando a efetivação do SUS, no que se refere ao financiamento, trazendo mais prejuízos à população que depende dos serviços públicos de saúde.

Em 2006, surgiu o Pacto pela Saúde, instituído pela Portaria nº 399, de 22/02/2006. Sua construção se deu a partir de um compromisso político assumido pelos gestores do SUS em cada nível de governo, na tentativa de superar suas dificuldades. A partir desse acordo, os gestores de cada nível de governo assumiram compromissos mútuos sobre as metas e responsabilidades na área da Saúde. O Pacto pela Saúde³¹ é composto por três dimensões, quais sejam: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e pelo Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida constituiu-se em um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos de processos e resultados de acordo com a análise da situação do país e prioridades; o Pacto em defesa do SUS constituiu-se de ações concretas e articuladas para reforçar o SUS como política de Estado, mais do que política de governos; o Pacto de gestão do SUS estabeleceu as responsabilidades de cada ente federado de forma a reduzir as competências concorrentes. Esse Pacto buscou a descentralização das atribuições do MS para os estados e municípios de forma radical diminuindo também a burocracia dos processos normativos (BRASIL, 2006).

Apesar dos inegáveis avanços a partir da CF de 1988, da regulamentação da

³¹ Para informações mais detalhadas sobre o Pacto pela Saúde (2006) ver Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.

política de saúde através da LOS/1990, das tentativas de se garantir recursos para a Saúde e dos acordos firmados entre gestores do SUS – Pacto pela Vida -Teixeira (2009) salienta que, a construção do SUS ocorreu em um contexto de favorecimento do projeto neoliberal, com a reorganização das relações entre Estado e sociedade em bases distintas daquelas pressupostas pelos formuladores do SUS.

Nesse sentido, a autora afirma que a Reforma Sanitária não conseguiu construir um novo patamar civilizatório, que implicaria uma profunda mudança política e institucional capaz de transformar a saúde em bem público; pelo contrário, a saúde passa a ser concebida como um bem de consumo.

As decepções com a transição democrática ocorreram, principalmente, com seu giro conservador após 1988. As conquistas obtidas na CF de 1988 não se traduziram, por isso, em ganhos materiais à população brasileira, permanecendo toda ordem de problemas no campo da saúde pública. Na conjuntura atual, constituem-se desafios, não apenas a garantia ao acesso dos usuários à Saúde, mas a reorientação das lógicas burocrática e profissional em direção a outra lógica, que garanta seus direitos desde a humanização do acolhimento até a eficácia e resolutividade do cuidado (TEIXEIRA, 2009). Cohn (2005, p. 49) defendem que

[...] reverter a lógica do sistema de saúde implica um efetivo investimento do Estado – nos níveis federal, estadual e municipal, - no setor, traduzindo uma real vontade política e uma reversão das prioridades até o momento estabelecidas. Mais que isso, implica estabelecer um novo padrão de administração na esfera pública, e que de imediato esbarra com a resistência do micropoder instituído no interior das instituições públicas, do nível central ao mais periférico.

Sem perder de vista os avanços já conquistados na área da Saúde, os desafios para a efetivação do SUS, por vezes, parecem intransponíveis dentro da lógica de mercado dominante, pois o desmonte das políticas sociais avança a cada dia. O contexto em que o MRS construiu sua institucionalidade é altamente desfavorável e cheio de dilemas e contradições a serem enfrentados. A luta pela garantia da Saúde como direito de cidadania é a luta por um novo modelo de desenvolvimento para o país e por um novo espaço para a proteção social e a política de saúde nesse modelo (TEIXEIRA, 2009; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

O SUS constitui-se no maior sistema público de saúde do mundo em termos de cobertura populacional e de risco, posto que abrange desde unidades básicas de saúde até hospitais universitários, hemocentros, vigilância sanitária, epidemiológica e

ambiental, além de institutos de pesquisas. No entanto, vários desafios e obstáculos foram surgindo no âmbito da formulação das políticas de saúde após a sua regulamentação: fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, falta de condições de trabalho, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, dificuldades no acesso e utilização dos serviços, fragmentação da rede assistencial, mau atendimento, filas, demora na realização de exames, burocratização e verticalização do sistema, dentre outros aspectos resultantes de ações consideradas desumanizadas na relação com os usuários do serviço público de saúde (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006; TOCCI; COSTA, 2014).

De forma contraditória, ao mesmo tempo em que o SUS possibilita a realização de transplantes de coração, acesso à hemodiálise, dispensação gratuita de medicamentos contra o vírus HIV/AIDS, muitas vezes não consegue garantir a distribuição de antibióticos ou a realização de consultas médicas básicas, permitindo que pessoas se amontoem nas salas de espera das emergências, sem atendimento adequado. Diante desse cenário, a saúde responde por serviços que reforça a seletividade e a focalização, ferindo os princípios do SUS, caracterizando-se, ainda, por práticas desumanizadas, fragmentadas e centradas em procedimentos (LIMA, 2006).

Por causa de tantas contradições, a consolidação do SUS tornou-se um grande desafio, exigindo mudanças estruturais profundas e estratégias de longo prazo. A busca de um novo modelo de desenvolvimento para o país requer políticas estatais abrangentes e responsáveis e uma sólida base de apoio ao sistema público, tendo por base o fortalecimento dos laços de solidariedade social no Brasil (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Ao se pensar em mudanças estruturais e estratégias para superar os desafios para a consolidação do SUS, enquanto política pública, a realização da XI CNS, em dezembro de 2000, em Brasília, teve como objetivo analisar os obstáculos e avanços do SUS e propor diretrizes e caminhos para se efetivar o acesso, a qualidade e a humanização na atenção à saúde, com controle social. No evento, Sérgio Arouca defendeu que a Reforma Sanitária era muito mais do que um processo meramente tecnoburocrático ou gerencial na história da saúde pública brasileira. Para Arouca, trata-se de um marco na direção do aprimoramento da experiência civilizatória (BRASIL, 2001).

Destarte, a construção do SUS estaria ligada ao aperfeiçoamento da própria

sociedade, mais justa e solidária a partir da defesa de valores como democracia direta, controle social, universalização de direitos e humanização do cuidado, com o reconhecimento do cidadão não como simples cliente ou usuário, mas como sujeito de direitos (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Nesse sentido, Mattos (2009) identifica que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente, mas parte de uma “imagem-objetivo”³², um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

Nesse sentido, o item 1.3 deste trabalho buscou trazer algumas considerações sobre os vários sentidos da integralidade apontados por alguns estudiosos do assunto, buscando uma reflexão acerca dos potenciais e limites da noção de integralidade no contexto da construção de políticas, sistemas e práticas de saúde mais justas.

1.3 Integralidade e Saúde

A partir da Conferência Internacional de Alma-Ata, de 1978, a integralidade passou a ser discutida por vários setores da sociedade, tornando-se bandeira de luta, a partir das mobilizações em torno da construção de um novo modelo de saúde acessível a todos os brasileiros (MATTOS, 2003). Como evidenciado anteriormente, a Declaração de Alma-Ata, elaborada a partir das discussões realizadas no evento, veio reafirmar a saúde como um direito humano fundamental (MENDES, 2004).

A Declaração de Alma-Ata é considerada como a primeira declaração internacional que despertou e enfatizou a importância da Atenção Primária em Saúde (APS), desde então defendida pela OMS como a chave para uma promoção de saúde de caráter universal. O documento ressalta a necessidade de atenção especial aos países em desenvolvimento, na busca de uma solução urgente para estabelecer a promoção de saúde como uma das prioridades da nova ordem econômica

³² A noção de “imagem-objetivo” tem sido usada na área de planejamento para designar uma certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável. Diferencia-se de uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam que tal configuração pode ser tornada real num horizonte temporal definido (MATTOS, 2009, p. 45).

internacional. O apelo lançado em Alma-Ata foi um marco fundamental e representou o ponto de partida para outras iniciativas (MENDES, 2004).

Desse modo, a palavra integralidade encontra-se no discurso propagado por Organismos Internacionais, ligado às ideias de APS e de promoção de saúde. No Brasil, a integralidade tem sido encontrada mais recentemente nas propostas de programas do Ministério da Saúde (MS) e nas críticas e proposições sobre a assistência à saúde por parte de estudiosos do assunto (FRACOLLI *et al.*, 2011).

Mattos (2009) identifica que num primeiro sentido, a integralidade se relaciona com o movimento da chamada Medicina Integral, que teve início nos Estados Unidos, com o questionamento da atitude fragmentária e reducionista dos médicos frente aos pacientes. Nesse sentido, o médico teria como foco apenas a doença e não o doente, reduzindo o indivíduo a um organismo biológico, gerando uma visão fragmentada e distanciada do ser humano. Para a Medicina Integral, a integralidade teria a ver com a recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico e, portanto, à queixa desse paciente.

Pensar a integralidade, no Brasil, supõe o reconhecimento de suas particularidades a partir do marco histórico da VIII CNS de 1986, que trouxe para o debate o conceito ampliado de saúde, uma nova concepção, que vai além da assistência médica curativa e aspectos biológicos, focada na doença. Desse modo, a saúde passou a ser entendida como resultante dos modos de organização social da produção, como efeitos da composição de diversos fatores, exigindo que o Estado assumisse a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas.

A partir da CF de 1988, a saúde foi reconhecida como um direito de cidadania, a ser garantido pelo Estado, e a integralidade um dos princípios doutrinários³³ do SUS. No texto constitucional, em seu artigo 198, a integralidade refere-se ao conjunto de ações e serviços necessários para o tratamento integral da saúde, com foco nas medidas preventivas, mas sem prejuízo das assistenciais. Na descrição legal trata-se, então, de princípio versando sobre a abrangência e a forma de prestação de serviços de saúde pelo Estado (BRASIL, 1988).

Desse modo, além da garantia do acesso aos diferentes níveis de complexidade do sistema, o SUS deve oferecer respostas ao conjunto de

³³ A Integralidade na assistência, juntamente com a universalidade do acesso e a equidade na assistência à saúde formam os princípios doutrinários do SUS (BRASIL, 1988).

necessidades de saúde da população, e não unicamente a um recorte de problemas. Com efeito, todas as pessoas, sem discriminação de qualquer natureza, têm o direito a um atendimento de qualidade.

Os serviços de saúde devem funcionar atendendo ao indivíduo como um ser humano integral, submetido as mais diferentes situações de vida e de trabalho que o levam a adoecer e morrer. O indivíduo não deve ser visto como um amontoado de partes, mas como um ser que está submetido às determinações sociais. Um atendimento integral privilegia a saúde, e não à doença (PINHEIRO, 2014; MATTOS, 2009).

A integralidade é uma palavra polissêmica, podendo ser tomada, segundo Mattos (2003), como princípio orientador das práticas, de organização do trabalho e de organização das políticas. Para o autor, a compreensão da integralidade é dotada de múltiplos sentidos, que compreendem tanto a abordagem do indivíduo na sua totalidade como parte de um contexto social, econômico, histórico e político, quanto na organização de práticas de saúde que integrem ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

Como princípio orientador das práticas nos serviços de saúde, Mattos (2009) aborda o tema da integralidade como um valor a ser sustentado. Nessa perspectiva, está relacionada à capacidade dos profissionais em dar resposta ao sofrimento do paciente, mas sem reduzir essa resposta ao aparelho ou sistema biológico. A integralidade se dá no encontro, no diálogo entre sujeitos, em que o profissional de saúde busca reconhecer, para além das demandas explícitas de saúde, outras necessidades do paciente no que diz respeito à sua saúde. Esse sentido do termo está voltado para as práticas dos profissionais de saúde e à visão integral dos mesmos frente às necessidades de saúde dos usuários dos serviços (MATTOS, 2009; CECÍLIO, 2009).

Ao discutir os sentidos ligados às práticas dos profissionais, Mattos (2004; 2009) converge para outro conjunto de sentidos da integralidade, ligados à organização do trabalho nos serviços de saúde. A integralidade, como modo de organização das práticas, pressupõe a superação da fragmentação das atividades desenvolvidas nas unidades de saúde. Está relacionada, portanto, à organização dos serviços e às práticas de saúde, que devem apreender as necessidades ampliadas de saúde da população. Sobre esse assunto Cecílio (2009, p. 121) assevera que

[...]é necessário ter em conta que a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, por melhor que seja a equipe, por melhores que sejam os trabalhadores, por melhor que seja a comunicação entre eles e a coordenação de suas práticas. Em particular, a batalha pela melhoria das condições de vida e pelo acesso a todas as tecnologias para melhorar e prolongar a vida, por mais competente e comprometida que seja a equipe, jamais poderá ser plenamente bem-sucedida no espaço singular dos serviços.

Essa constatação apontada por Cecílio (2009, p. 121) remete a integralidade a uma outra dimensão, “como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde” [...] “a uma rede muito mais complexa composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do “setor” saúde” (grifos do autor). Nesse sentido, “a integralidade da atenção pensada em rede”, nunca se dá num só lugar, “seja porque as várias tecnologias em saúde estão distribuídas numa ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial” (CECÍLIO, 2009, p. 121).

Dependendo das necessidades de saúde apresentadas pelo usuário em determinado momento de sua vida, a solução de seus problemas de saúde pode estar numa unidade de atenção primária ou em um nível secundário ou terciário de atenção do sistema. Cecílio (2009, p. 122) ressalta que, “a garantia da integralidade do cuidado tem que ser uma responsabilidade do sistema de saúde e não fruto da batalha individual, muitas vezes desesperada, de cada usuário individual”.

Outro conjunto de sentidos de integralidade se relaciona às configurações de certas políticas específicas, chamadas por Mattos (2004; 2009) de políticas especiais. A integralidade está relacionada às políticas de saúde, “especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional” (MATTOS, 2009, p. 61). Nesse caso, a integralidade se refere, sobretudo, à abrangência das respostas governamentais aos problemas de saúde da população, no sentido de articular ações de alcance preventivo e assistenciais.

Para Assumpção (2007), a integralidade em saúde não pode ser abordada apenas de uma perspectiva, mas trabalhada em conjunto com a concepção ampliada de saúde, esta compreendida como direito de todos os cidadãos ao acesso pleno de seus direitos de saúde, educação, habitação, lazer, alimentação, ou seja, sob a perspectiva dos determinantes sociais da saúde.

Fagundes e Nogueira (2009) consideram que, na esfera político-administrativa a integralidade diz respeito tanto à forma de organização dos sistemas e serviços de

saúde, na perspectiva do atendimento nos níveis de atenção, como na integração com os demais setores e serviços disponíveis para a atenção integral à saúde. A esfera da atenção à saúde diz respeito tanto à relação entre a realidade social e a produção de saúde, como à relação equipe-usuários dos serviços e ações de saúde, considerando a necessária integração de saberes e práticas. Em consequência, têm implícita a interdisciplinaridade e intersetorialidade.

Ao ser considerada como uma “imagem objetivo” por Mattos (2009), a integralidade refere-se àquilo que criticamos. Assim, podemos entender a integralidade como uma crítica a uma atitude médica fragmentária, baseada na especialização e que reduz o sofrimento do paciente apenas a aspectos biológicos, e limita as práticas dos profissionais de saúde à atenção individual curativa.

O termo integralidade tem sido usado para designar um dos princípios do SUS. No entanto, Mattos (2004, p. 1411) ressalta que, “mais do que isso, ele expressa uma das bandeiras de luta do chamado Movimento Sanitário”. Nesse sentido, a integralidade vem sendo construída ao longo dos anos, envolvendo trabalhadores na área da saúde, nas práticas de saúde e institucionais, sendo debatida nos programas governamentais, constituindo-se um dos maiores desafios no campo da saúde pública.

A integralidade como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade (PINHEIRO, 2009).

A ampliação do acesso à política de saúde e a garantia da integralidade da assistência, embora integrem os princípios do SUS expressos na CF de 1988, continuam sendo um dos grandes desafios da política de assistência à saúde, no longo e difícil processo de sua construção. Os dois movimentos apontados por Pinheiro (2009) consistem nos principais nexos constituintes da integralidade como meio de concretizar o direito à saúde da população.

Nesse processo, Pinheiro e Luz (2007) enfatizam a necessidade de assumirmos a integralidade como um eixo norteador de novas formas de atenção em saúde e de gestão de cuidados nas instituições de saúde, permitindo o surgimento de

experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais.

Diante de um cenário de permanente crise na saúde e de insatisfação da população com relação aos serviços públicos oferecidos, foi necessário pensar em estratégias e em novas práticas de atenção para superar as dificuldades existentes no campo da atenção em saúde, buscando a efetivação dos seus princípios e diretrizes. Em meio aos desafios para a consolidação do SUS, a partir da década de 1990, o MS passou a implementar várias ações e programas na área da Saúde, buscando melhorar a assistência à saúde da população (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Tocci e Costa (2014) salientam que, com o SUS, foi necessário adequar a forma de gestão, com vistas a colocar em prática os princípios e diretrizes do SUS no cotidiano dos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção (PNH), lançada pelo MS em 2003, é uma das estratégias de fortalecimento do sistema público de saúde (PASCHE; PASSOS, 2008).

Nesse sentido, a PNH, também conhecida como HumanizaSUS, será melhor discutida no Capítulo 2 desse trabalho, a partir dos desafios colocados na consolidação do SUS, no campo da saúde coletiva.

CAPÍTULO 2 - POLÍTICA DE SAÚDE E HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE

O estudo da humanização do atendimento em saúde é de essencial relevância, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a universalidade do acesso, a integralidade e igualdade da assistência à saúde, a participação da comunidade, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, de modo a valorizar a dignidade do profissional e do usuário dos serviços de saúde.

Nessa direção, este capítulo versa sobre a humanização na saúde, estabelecendo uma relação entre saúde, enquanto direito de cidadania, e humanização, enquanto política pública e estratégia governamental para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, com o objetivo de qualificar a saúde pública no Brasil.

2.1 Antecedentes da construção da Política Nacional de Humanização (PNH)

A Organização Mundial da Saúde (OMS), já em 1948, definiu o conceito de saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Nesse sentido, a saúde é constituída como um dos direitos fundamentais do ser humano, sem distinção de qualquer natureza. Pela sua abrangência e complexidade, a concepção de saúde deixa de ser vista enquanto ausência de doença para ser pensada enquanto qualidade de vida.

O conceito de humanização surge como um princípio vinculado ao paradigma de direitos humanos. A fonte mais recente dos princípios da humanização pode ser buscada na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), que se fundou na noção de dignidade e igualdade de todos os seres humanos. O núcleo do conceito de humanização é a ideia de dignidade e respeito à vida humana (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Ainda nos anos 1990, cresceu o sentido que liga a humanização ao campo dos direitos humanos, como o direito à privacidade, à confidencialidade da informação, ao consentimento do usuário em face de procedimentos médicos e o atendimento respeitoso por parte dos profissionais, potencializando propostas, programas e políticas de saúde (FIOCRUZ, 2009). Desse modo, como destacam Andrade e Vaitsman (2005), ocorreu a configuração de um “núcleo do conceito de humanização”,

com ênfase na dimensão ética da relação entre usuários e profissionais de saúde.

Desse modo, o termo “humanização” vem sendo utilizado no Brasil, no âmbito da saúde pública, com maior ênfase a partir do final da década de 1990. Entretanto, as iniciativas e propostas identificadas com a humanização do parto e com os direitos reprodutivos das mulheres, impulsionadas pelos movimentos feministas em saúde, estão presentes desde a década de 1950. As discussões em torno da temática receberam, ainda, influências e contribuições da Declaração Universal dos Direitos Humanos, da luta antimanicomial e das demais críticas que se juntaram a essas, principalmente no que se refere ao modelo de assistência à saúde existente até então (DESLANDES, 2004; CONCEIÇÃO, 2009).

Em meio aos desafios para a efetivação do SUS, a partir da promulgação da CF de 1988, o MS passou a publicar Portarias Ministeriais e Interministeriais, com o objetivo de orientar ações a serem implantadas/implementadas pelos serviços públicos de saúde, pautadas na humanização. Esse processo teve início com a Portaria nº 2.883, de 04/06/1988, que instituiu o Prêmio Nacional Galba de Araújo, destinado ao reconhecimento do estabelecimento de saúde, integrante da rede SUS, com destaque no atendimento obstétrico e neonatal (OLIVEIRA, 2010).

Em 05/08/1999, o MS publicou a Portaria nº 985, de 05/08/1999, que criou o Centro de Parto Normal³⁴. Em 2000, mais duas Portarias são publicadas: a de nº 569, de 01/06/2000, que instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)³⁵, no âmbito do SUS, e a nº 693, de 05/07/2000, que aprovou a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru³⁶ (OLIVEIRA, 2010).

Sobre o PHPN, Vaitsman e Andrade (2005, p. 610) salientam que, sua criação não pode ser vista

[...] sem que se considere sua relação com o PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher –, implantado em 1984. Já como um resultado da ação do movimento feminista, o programa inovou ao considerar a saúde da mulher sob a perspectiva da integralidade e, mais tarde, dos

³⁴ De acordo com a Portaria GM/MS nº 985, o Centro de Parto Normal (CPN) é criado, no âmbito do SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, com o objetivo de prestar atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias (BRASIL, 1999).

³⁵ O PHPN tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000).

³⁶ O Método Canguru é destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (BRASIL, 2000).

direitos reprodutivos.

Benevides e Passos (2005) informam outras ações e programas implementados pelo MS, a partir de 1998, buscando melhorias na assistência à saúde da população: a instauração do procedimento de Carta ao Usuário (1999); Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999) e Hospital Amigo da Criança (1990).

Os autores enfatizam que, mesmo a palavra humanização não aparecendo explicitamente em todos os programas e iniciativas do MS, e que existissem diferentes intenções e focos entre os mesmos, uma tênue relação foi se estabelecendo entre humanização-qualidade na atenção-satisfação do usuário.

Apesar de toda ênfase dada à temática a partir da década de 1990, a humanização só conquistou legitimidade nos anos 2000, a partir da regulamentação do PNHAH e das discussões sobre a temática na XI CNS³⁷, intitulada “O Brasil falando como quer ser tratado - Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”, procurando interferir nas agendas das políticas (PASCHE; PASSOS, 2008; BENEVIDES; PASSOS, 2005).

O Relatório Final da XI Conferência, dentre outros aspectos, apontou para a

[...] necessidade de humanização do cuidado prestado aos usuários das ações e serviços de saúde e de ampliação máxima da qualidade técnica da assistência requerida em cada caso ou situação, melhorando o acolhimento das pessoas e a capacidade resolutive de cada tratamento. A falta de recursos materiais contribui para a diminuição da qualidade dos serviços prestados. E, se a humanização dos processos de trabalho no SUS depende, em parte, de questões como afinidade com o trabalho, também depende das condições de trabalho a que o trabalhador está submetido (BRASIL, 2001, p. 21).

Com relação à criação do PNHAH, a proposta teve início a partir das experiências dos usuários nos serviços de saúde e dos resultados de pesquisas de avaliação desses serviços, que evidenciou que a qualidade da atenção ao usuário

³⁷ A XI CNS foi convocada pelo Decreto de 28 de julho de 2000, sendo realizada de 16 a 19/12/2000, em Brasília. O evento teve como objetivo analisar os obstáculos e avanços do SUS e propor diretrizes e caminhos para se efetivar o acesso, a qualidade e a humanização na atenção à saúde com controle social.

ainda representava uma das questões mais críticas do SNS. Na avaliação do público, a forma do atendimento prestado, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender as demandas e expectativas foram identificados como fatores que chegavam a ser mais valorizados que a falta do profissional médico, a falta de espaço físico nos hospitais, medicamentos, dentre outros (BRASIL, 2001).

Posteriormente, o MS teve o entendimento de que os aspectos levantados junto aos usuários eram importantes, no sentido de qualificar o SUS, e que as tecnologias e dispositivos organizacionais na área da saúde não eram por si só suficientes para tal. Identificou-se, então, que a eficácia do sistema estava fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelecia entre os profissionais de saúde e usuários no processo de atendimento. Como forma de dar respostas às necessidades apresentadas pelos usuários, o MS apresentou no dia 24 de maio de 2000, em Brasília, o projeto-piloto³⁸ do PNHAH (BRASIL, 2001).

Com a aprovação do Programa pelo Ministro da Saúde, na época José Serra, o comitê escolheu um grupo de profissionais para desenvolver o projeto-piloto³⁹ em 10 hospitais distribuídos nas regiões nordeste, sudeste e sul do país⁴⁰, com diferentes realidades socioculturais e com diferentes portes, perfis de serviços e modelos de gestão. Aquele momento foi oportuno para se propor, discutir e empreender um processo de mudanças na cultura de atendimento vigente nos hospitais. O conhecimento produzido, entre julho e dezembro de 2000, ofereceu um extenso material para reflexão e análise, que propiciou a base para a elaboração do PNHAH (BRASIL, 2001).

Em junho de 2001, o MS publicou as Portarias nº 881, a nº 202 e a de nº 210,

³⁸ Os principais objetivos do projeto-piloto eram: 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 e produzir um conhecimento específico acerca dessas 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).

³⁹ Coordenado pelo Comitê Técnico de Humanização da Assistência Hospitalar, designado pela Portaria SAS/MS nº 210 de 20/6/2001, o trabalho foi desenvolvido por dois profissionais em cada hospital (multiplicadores), com o acompanhamento e supervisão de mais sete profissionais (supervisores), além dos integrantes do Comitê (BRASIL, 2001).

⁴⁰ Os hospitais escolhidos para o desenvolvimento do Projeto-Piloto foram: Região Nordeste –Hospital Geral César Cals/CE e Hospital Getúlio Vargas/PE. Região Sudeste–Hospital João XXIII/MG, Hospital Geral do Bonsucesso/RJ, Hospital Dr. Mário Gatti/SP, Hospital Santa Marcelina/SP, Hospital Ipiranga/SP, Hospital Leonor Mendes de Barros/SP e Hospital do Mandaqui/SP. Região Sul - Hospital Nossa Senhora da Conceição/RS (BRASIL, 2001).

que criam oficialmente o PNHAH⁴¹. A 1ª fase do PNHAH ocorreu no período de janeiro de 2001 a março de 2002 e a 2ª fase no período de abril de 2002 a Junho de 2003. O PNHAH foi criado para enfrentar os grandes desafios de melhoria da qualidade e eficácia do atendimento hospitalar público à saúde e de valorização do trabalho dos profissionais desta área, visando contribuir na construção de uma cultura de atendimento humanizada (BRASIL, 2001).

A proposta do PNHAH propunha um conjunto de ações integradas que visavam mudanças substanciais no padrão de assistência ao usuário nos hospitais, buscando melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços prestados pelas instituições. Seu objetivo fundamental era aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade. O PNHAH apontava para uma requalificação dos hospitais públicos, que poderiam tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade (BRASIL, 2001).

Sobre o PNHAH Oliveira, Collet e Vieira (2006, p. 282) salientam que “ao apresentar essa proposta, o Estado coloca que a dimensão humana e subjetiva, inserida na base de toda intervenção em saúde, das mais simples às mais complexas, tem enorme influência na eficácia dos serviços prestados pelos hospitais”.

O termo humanização foi adquirindo vários significados e ampliando seu campo de ação, abrangendo desde a busca pelo direito das mulheres a um parto mais seguro e acolhedor até a atenção hospitalar. Ao PNHAH foram incorporadas as ações de humanização já realizadas, caracterizadas geralmente por não manterem articulação entre si e terem um caráter fragmentado, focalizadas nas áreas da saúde da mulher e da criança. No entanto, Conceição (2009) enfatiza que o PNHAH continuou a imprimir o mesmo direcionamento das iniciativas anteriores, o que gerou a necessidade de aprimoramento e mudanças na proposta.

Nesse sentido, em 2003⁴², durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, o

⁴¹A Coordenação Nacional do PNHAH esteve a cargo do MS e sua realização deu-se através da realização de convênio firmado com o Instituto de Desenvolvimento e Pesquisa da Saúde Mental e Psicossocial (CASA), com a condução técnica do Comitê Técnico de Humanização do MS (BRASIL, 2001).

⁴² Em 2003, mais duas Portarias foram publicadas pelo MS, com o objetivo de premiação: a de nº 728, de 14/06/2003, que instituiu o Prêmio Nacional Professor Fernando Figueira, destinado ao reconhecimento dos hospitais com reconhecido destaque no atendimento pediátrico; e a de nº 2.406, de 19/12/2003, que estabeleceu o Prêmio Nacional David Capistrano-HumanizaSUS (OLIVEIRA, 2010).

PNHAH sofreu alterações significativas. Nesse ano, foi realizada em Brasília, em 19 e 20 de novembro, a Oficina Nacional HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização (PNH). O evento possibilitou a socialização dos trabalhos acumulados ao longo dos dez primeiros meses de governo, e o recolhimento de propostas e sugestões para o aprofundamento das definições políticas, tendo como objetivo geral “oferecer subsídios para a implementação e consolidação da Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS” (BRASIL, 2004).

A Oficina serviu, ainda, para apontar o caráter fragmentário das iniciativas implementadas anteriormente, uma vez que não mantinham articulação entre si. No entanto, não se pode “negar a pertinência e a importância dessas iniciativas, ao contrário”, pois “sem elas não haveria a formulação de uma Política de Humanização” (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4544).

Desse modo, o PNHAH transformou-se em 2003 na PNH–HumanizaSUS, diante da necessidade de articulação das ações e programas anteriores, aglutinando-os, abrangendo o modelo de atenção e gestão na saúde. A proposta da PNH almejava contribuir para a “qualificação da atenção e da gestão, ou seja, atenção integral, equânime com responsabilização e vínculo, para a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social” (BRASIL, 2004, p. 09).

Destarte, a humanização na saúde ganhou nova inflexão, o que representou um avanço, deixando de estar limitada a ações e programas, extrapolando as atividades desenvolvidas apenas no ambiente hospitalar. A PNH emergiu no cenário da Reforma Sanitária brasileira, simultaneamente à construção do campo da saúde coletiva e experiências de humanização em curso no SUS, às quais propõem mudanças em seu sentido e forma de organização (PASCHE; PASSOS, 2008).

O ano de 2003 é considerado um marco na história da humanização no Brasil, com o lançamento da PNH durante o XX Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e I Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e Não Violência, realizado em Natal/RN, no período de 17 a 20 de março (OLIVEIRA, 2010).

A PNH foi divulgada para dentro do MS na Oficina Nacional HumanizaSUS, citada anteriormente, e na 12ª Conferência Nacional de Saúde “Sérgio Arouca”, realizada em Brasília, de 07 a 11 de dezembro do mesmo ano. Foi, ainda, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 18/03/2004, sendo apresentada no Conselho Nacional de Saúde em sua centésima quadragésima primeira reunião

ordinária, realizada nos dias 14 e 15 de abril de 2004 (OLIVEIRA, 2010).

“A PNH não inaugura o tema da humanização no sistema de saúde brasileiro, mas muda seu sentido e estratégias” (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p.4543). No item a seguir, serão discutidas as propostas presentes na PNH, entendida como uma política do SUS, que tem como objetivo colocar em prática os princípios do SUS no dia a dia das práticas de saúde, construindo uma nova forma de operar e fazer saúde (BRASIL, 2004).

2.2 A Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS

A PNH, lançada em 2003 pelo MS, emergiu da convergência de três objetivos centrais: enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde, que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (BRASIL, 2008). Nesse sentido, a PNH é entendida enquanto estratégia de fortalecimento do SUS.

A discussão da PNH nos vários espaços do SUS tem revelado sua força, traduzida em diferentes dimensões: de reposicionamento dos sujeitos na perspectiva de seu protagonismo, da potência do coletivo, da importância da construção de redes de cuidados compartilhados, em contraste com o mundo contemporâneo caracterizado pelo individualismo e pela competição geradora de disputas (PASCHE; PASSOS, 2008, p. 97).

Ao lançar a PNH, o MS teve como prioridade o atendimento de qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS. Desse modo, buscou-se articular os avanços tecnológicos com acolhimento; a melhoria dos ambientes e das condições de trabalho dos profissionais de saúde; reafirmar o compromisso com a prevenção, cuidado, proteção, tratamento, recuperação e a promoção; enfim, a produção da saúde (BRASIL, 2004). A ampliação da capacidade do sistema de saúde de produzir saúde e de se apresentar como espaço de realização profissional são tarefas inseparáveis e centrais nas agendas da PNH (PASCHE; PASSOS, 2008).

De acordo com a proposta do MS, a PNH deve “traduzir princípios e modos de operar” no processo que envolve todos os atores, “entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS”. Nesse sentido, a

“tarefa se apresenta dupla e inequívoca, qual seja, a da produção de saúde e a da produção de sujeitos” (BRASIL, 2004, p. 7).

A PNH considera a humanização como política e como fundamentais as mudanças nas profundas desigualdades socioeconômicas, nos problemas de acesso aos serviços de saúde, na desvalorização dos trabalhadores de saúde, na precarização das relações de trabalho, no baixo investimento na educação permanente dos trabalhadores, na pouca participação destes na gestão dos serviços e no frágil vínculo com os usuários (BRASIL, 2004).

Assim, o conceito de humanização é reelaborado e descrito como sendo

[...] uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (BRASIL, 2006, p. 44).

O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (OLIVEIRA, 2010). De acordo com Pasche e Passos (2008, p. 95) “a PNH, entre outros, se impõe como força de resistência ao atual projeto hegemônico de sociedade que menospreza a capacidade inventiva e autônoma dos sujeitos”.

Com efeito, a Constituição Federal de 1988, ao criar e estabelecer as diretrizes para o SUS, oferece elementos básicos para o reordenamento da lógica de organização da atenção à saúde, de modo a garantir aos cidadãos as ações necessárias à melhoria das condições de vida da população usuária das ações e serviços de saúde (PINHEIRO, 2009).

A PNH propõe uma atuação que leve à "ampliação da garantia de direitos e o aprimoramento da vida em sociedade" (BRASIL, 2004). De acordo com Santos-Filho (2007) a proposta da PNH 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.

Nesse sentido, a integralidade, enquanto um dos princípios do SUS, destina-se a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito de cidadania

e como serviço. De acordo com Pinheiro (2009, p. 258)

A integralidade como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade.

A PNH procurou, desse modo, “aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS no cuidado à saúde e implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho” (BRASIL, 2004, p. 02). Nesse sentido, a humanização é entendida como

[...]estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de modificar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, sobretudo, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e formulando seu protagonismo (BRASIL, 2004, p. 8).

As principais prioridades da PNH são: a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; corresponsabilidade dos sujeitos nos processos de gestão e atenção; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e de sujeitos; valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, orientação sexual e às populações específicas (BRASIL, 2010).

Vale ressaltar que a PNH se estrutura a partir de princípios, método, diretrizes e dispositivos (BRASIL, 2008). Sua definição é a ocasião para a problematização da saúde como direito e como processo de produção coletiva (PASCHÉ; PASSOS, 2008).

Por princípio entende-se o que causa ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. Nessa perspectiva, são princípios metodológicos da PNH: A transversalidade, entendida como a ampliação e

aumento da capacidade de comunicação entre políticas, programas e projetos e, por outro lado, entre sujeitos e coletivos; a inseparabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, eo protagonismo dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2008).

Esses princípios acionam o método de intervenção na PNH, entendido como a condução de um processo ou o seu modo de caminhar (meta = fim; hodos = caminho). A PNH caminha, assim, no sentido da inclusão dos diferentes sujeitos implicados nos processos de produção de saúde. O método proposto é o “método de tríplice inclusão” (BRASIL, 2008, p. 24).

Com esse método, o HumanizaSUS aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. A comunicação entre os três atores do SUS provoca movimentos de perturbação e inquietação que a PNH considera o “motor” de mudanças e que também precisam ser incluídos como recursos para a produção de saúde. Tais mudanças são construídas de forma coletiva e compartilhada (PASCHE; PASSOS, 2008).

A partir dos movimentos de mudança das práticas de produção da saúde, são definidas as diretrizes da PNH. Por diretrizes, entendem-se as orientações gerais de determinada política, que orientam, guiam, ofertam direção à ação transformadora. As diretrizes expressam o método da inclusão de gestores, trabalhadores e usuários na produção de saúde através da clínica ampliada, acolhimento, cogestão, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários, ambiência e construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2008).

Existem, ainda, as diretrizes específicas por nível de atenção: na atenção básica; na urgência e emergência, nos prontos socorros, nos pronto-atendimentos, na assistência pré-hospitalar, e outros; na atenção especializada; na atenção hospitalar.

A partir das diretrizes, são definidos dispositivos com os quais se opera na prática, em contextos políticos, sociais e institucionais. Por dispositivos entende-se a atualização das diretrizes de uma política em arranjos de processos de trabalho. Os vários dispositivos desenvolvidos na PNH são acionados nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão (BRASIL, 2008).

Dentre os dispositivos estão: Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH); Colegiado Gestor; Contrato de Gestão; Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de

“porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, dentre outros; Visita aberta e direito à acompanhante; Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); Equipe transdisciplinar de referência e de apoio matricial; Projetos cogерidos de ambiência; Acolhimento com classificação de risco; Projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva; Projeto memória do SUS que dá certo.

A implantação e consolidação dos dispositivos da PNH impõem “crítica constante”, uma vez que a vigilância da implementação dos dispositivos e o olhar crítico do método da PNH e seus princípios são necessários para se evitar os “riscos de institucionalização e captura pela lógica instituída” (PASCHE; PASSOS, 2008, p. 97).

Por ser uma política nacional, a PNH depende de decisão política e também da adesão dos trabalhadores, gestores e usuários do SUS para existir (OLIVEIRA, 2010).
De acordo com Oliveira

A PNH pode ser implantada em qualquer serviço de saúde, como Centro de Saúde, Unidade de Saúde da Família, Serviço de Urgência, hospital, nível central das secretarias de saúde, inclusive, em toda a rede de saúde pública do município, desde que haja compromisso para reorganização do serviço numa outra ótica, ou seja, por adesão à proposta da PNH. Essa proposta se baseia na produção de saúde e produção dos sujeitos envolvidos: trabalhadores, gestores e usuários (OLIVEIRA, 2010, p. 8).

Destarte, essas organizações de saúde dependem, de alguma forma, da relação que estabelecem entre si para a obtenção de seus resultados, requisitando intercâmbios definidos e mediados pelos objetos de que se ocupam e pelas responsabilidades que contraem no SUS. As organizações de saúde, ainda, produzem distintos graus de vínculos com os usuários atendidos, estabelecendo-se processos de contratualização, os quais definem corresponsabilizações (BRASIL, 2009).

Apostar na humanização da atenção e gestão do SUS é assumir e dar continuidade ao projeto de Reforma Sanitária, ao chamar atenção para a necessidade de problematizar os modos de fazer presentes nas práticas de saúde desenvolvidas pelos trabalhadores e equipes no cotidiano (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011). A PNH busca contribuir para que as ações de saúde aconteçam, de forma a garantir que os cidadãos, nesse processo, sejam acolhidos em seus direitos e necessidades de saúde.

Há que se compreender o contexto específico de cada encontro entre profissionais de saúde e usuários atendidos. Há que se adotar uma postura que identifique, a partir do conhecimento técnico, as necessidades de prevenção e as necessidades assistenciais, que selecione as intervenções a serem ofertadas no contexto de cada encontro entre sujeitos (MATTOS, 2004).

Sobre a humanização do SUS, Heckert, Passos, Barros (2009, p. 495) ressaltam que

No contexto contemporâneo, somos convocados a manter vivo o movimento constituinte do SUS quando nos confrontamos com as forças de privatização da saúde. Este é o momento da mobilização de universidades e de centros de pesquisa em defesa da Política Pública de Saúde. A humanização das práticas de atenção e gestão do SUS é uma das frentes que aposta no fortalecimento e consolidação da democratização das práticas de produção de saúde.

Nesse sentido, o próximo item tem por objetivo analisar como a humanização como “Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em todas as instâncias do SUS” tem se materializado no cotidiano das práticas em saúde na atual conjuntura. Para isso, faz-se necessário uma reflexão e discussão sobre os desafios, limites e perspectivas da PNH, alçada à posição de política pública do SUS em 2003.

2.3 Contradições e suas implicações na materialidade da PNH

A PNH, entendida como estratégia de fortalecimento do SUS, dá um salto qualitativo, se comparada ao PNHAH. Na construção de uma política de qualificação do SUS, a humanização passou a ser vista como uma das dimensões fundamentais, entendida não apenas como mais um programa a ser implementado nos serviços de saúde, mas como uma política que operasse transversalmente em toda a rede SUS (BRASIL, 2004).

Ao considerar a humanização como política, o HumanizaSUS possibilitou o envolvimento de todas as instâncias do SUS no processo que envolve as mudanças necessárias nos modelos de atenção e gestão na saúde. A Política almeja contribuir efetivamente para a “qualificação da atenção e da gestão, ou seja, atenção integral, equânime com responsabilização e vínculo, para a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social” (BRASIL, 2004, p. 9).

No entanto, atingir os princípios e diretrizes propostos pela PNH é um grande desafio, tendo em vista que as mudanças preconizadas pela política não podem ser pensadas fora de um contexto de mudanças socioculturais, nos processos de formação e de gestão. A PNH, enquanto proposta de mudança dos modelos de atenção e gestão no campo da prática de saúde, pressupõe uma transformação mais ampla, por isso é necessário observar em todo o processo de constituição os avanços e desafios que estão agregados a essa política (CONCEIÇÃO, 2009).

A proposta da PNH busca a superação da fragmentação dos processos de trabalho, através de ações coletivas (BRASIL, 2004). Entretanto, apesar das várias iniciativas com o objetivo de promover mudanças na gestão e atenção à saúde, a ideia presente no termo humanização continua apontando para uma supervalorização das subjetividades, ao atribuir aos sujeitos sociais a responsabilidade para a mudança no processo de produção de saúde (CONCEIÇÃO, 2009).

De acordo com o MS, a humanização deve permear as várias instâncias das políticas de saúde, constituindo-se como vertente orgânica do SUS, a partir do confronto de ideias, planejamento, mecanismos decisórios, estratégias de implementação e de avaliação. Esses processos “devem confluir na construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde” (BRASIL, 2004, p. 02).

No entanto, Conceição (2009) ressalta que, quando se fala em humanização, vários fatores devem ser levados em consideração, como a participação, direitos, qualidade dos serviços, mas também as condições objetivas para que se opere dentro do sistema de saúde um atendimento de qualidade, que passa por recursos humanos e materiais, dentre outros. A falta de uma visão mais ampla sobre os problemas que envolvem a humanização traz implicações na materialização da PNH no cotidiano das práticas de saúde, o que dificulta o sucesso da sua implementação enquanto política pública do SUS.

Conceição (2009) observa que o lugar designado para a PNH, ao contrário do que se quer fazer parecer nos documentos oficiais do MS, não remete a ações que se articulem entre si, nem mesmo aponta saídas para o que pretende chamar de uma nova institucionalização de modelos de atenção e gestão da saúde. A autora entende que, as proposições da PNH estão mais ligadas ao campo do subjetivismo do que a ações concretas que procurem dar conta dos reais problemas existentes na saúde.

A humanização das práticas de atenção e gestão do SUS é uma das frentes que aposta no fortalecimento e consolidação da democratização das práticas de

produção de saúde. Nesse sentido, no que diz respeito aos processos de trabalho, constitui-se desafio superar e alterar as práticas de saúde, culturalmente assentadas na figura do médico, associadas ao autoritarismo, à hierarquia e imposição de regras, que tendem a normatizar o trabalho de forma verticalizada (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009).

De acordo com o MS, a PNH deve ser entendida como uma política que deve atravessar as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, ou seja, precisa provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde. Além disso, propor para as diferentes equipes implicadas nessas práticas, o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de saber e de poder, pois uma política transversal indica a inseparabilidade entre gestão e atenção (BRASIL, 2008).

No entanto, superar as divergências que envolvem a discussão do que seria a humanização na saúde é um dos maiores desafios a ser enfrentado. Numa primeira aproximação, junto à temática a ser estudada, evidenciou-se não haver um consenso nas discussões sobre o termo. Nesse sentido, “o conceito de humanização é polissêmico, comportando diversos enunciados e é permeado por imprecisões” (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009, p. 496).

A complexidade do conceito do que é humanização em saúde decorre da sua natureza subjetiva, uma vez que os aspectos que a compõe têm caráter singular e sempre se referem a pessoas e, sendo assim, estão permeados por um conjunto contraditório de necessidades (OLIVEIRA, 2002).

A humanização pode ser compreendida como um vínculo entre profissionais e usuários, alicerçado em ações guiadas pela compreensão e pela valorização dos sujeitos, reflexo de uma atitude ética e humana. Em outro sentido, a humanização é associada à qualidade do cuidado, que incluiria a valorização dos trabalhadores e o reconhecimento dos direitos dos usuários. Algumas produções acadêmicas compreendem que a PNH abrange as condições de trabalho, modelo de assistência, formação profissional, direitos dos usuários e avaliação dos processos de trabalho (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009).

Os vários sentidos dados ao termo, pelos atores envolvidos no processo, acabam por gerar uma diversidade de práticas. Segundo Benevides e Passos (2005, p. 390),

[...] a humanização, expressa em ações fragmentadas e numa imprecisão e fragilidade do conceito, vê seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total.

Portanto, a humanização se apresenta como uma expressão de difícil conceituação, tendo em vista seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Com relação a sua conceituação Casate e Corrêa (2005, p. 111) compreendem que

[...] a humanização dos serviços de saúde implica em transformação do próprio modo como se concebe o usuário do serviço - de objeto passivo ao sujeito, de necessitado de atos de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta ações técnica, política e eticamente seguras, prestadas por trabalhadores responsáveis. Enfim, essa transformação refere-se a um posicionamento político que enfoca a saúde em uma dimensão ampliada, relacionada às condições de vida inseridas em um contexto sociopolítico e econômico.

A interpretação e aplicabilidade do termo, de acordo com Ferreira (2005, p. 113), vão depender “das motivações, das relações com as atividades e das dinâmicas das relações sociais estabelecidas”. Nesse sentido, Martins apud Mota, Martins e Vêras (2006, p. 324) salienta que

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização.

Nos estudos sobre a subjetividade, que permeia a relação entre profissionais e usuários, realizados por Hoga (2004, p. 14), destacam-se os impactos da dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde. Para a autora, a humanização da assistência “está na dependência direta das condições de trabalho do profissional de saúde e de seu adequado preparo no âmbito das relações humanas, além do conhecimento teórico e dos aspectos técnicos”.

O quadro profissional limitado, a deficiência de recursos materiais, as condições insalubres de trabalho e as novas e contínuas demandas tecnológicas, com frequência, aumentam a insegurança e favorecem a insatisfação no trabalho. O clima desfavorável tem contribuído progressivamente para relações de desrespeito entre os próprios profissionais, bem como para a geração de uma assistência fragmentada e,

cada vez mais, desumanizada (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006).

Ferreira (2005, p. 113) argumenta que, em muitos casos “os profissionais de saúde não estão preparados para lidar com as questões sociais e subjetivas dos usuários, o que culmina na fragilização de suas práticas de atenção”. Para essa mesma autora, cada sujeito envolvido no processo de pensar a humanização tem sua própria convicção, sua forma de pensar. Em sua visão, há uma impossibilidade de se construir uma definição de humanidade isenta de concepções políticas e ideológicas. Desse modo,

[...] “humanizar” pode ser concebido desde como uma escuta atenta, uma boa relação médico-paciente, a reorganização dos processos de trabalho (que facilite o acesso aos serviços), a criação de ouvidorias e “balcões de acolhimento”, até a melhoria das estruturas do espaço físico. A viabilização dessas práticas pelos gestores também difere, indo de uma ênfase na formação e sensibilização dos profissionais com o auxílio de assessorias especializadas (psicólogos e pedagogos) até a gratificação remunerada dos serviços que apresentem melhora da satisfação dos usuários (FERREIRA, 2005, p. 113) (grifos da autora).

A humanização é entendida como valor na medida em que se busca resgatar o respeito à dignidade humana. Ayres (2005, p. 550) entende que

[...] a humanização, como valor, aponta para a dimensão em que cuidar em saúde implica reiterados encontros entre subjetividades socialmente conformadas, às quais vão progressiva e simultaneamente, esclarecendo e (re)construindo não apenas as necessidades de saúde, mas aquilo mesmo que entende ser a boa vida.

Destaca-se o importante papel dos fatores culturais nas práticas de saúde em todos os âmbitos, no caso do sistema de saúde no Brasil, culturalmente assentado no modelo biomédico. Oliveira (2002, p. 72) enfatiza a importância de contemplarmos a diversidade cultural brasileira, onde “inevitavelmente estaremos resgatando a tão falada e desejada cidadania e a democracia nos serviços de saúde”, o que é considerada pelo autor como “um passo enorme na direção da consolidação efetiva do Sistema Único de Saúde”, na relação direta com a “própria integralidade e humanização do cuidado de saúde” e que, “nessa abordagem integral e humana, a cultura é elemento essencial”.

Em um estudo sobre o discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar Deslandes (2004, p.12) faz uma análise dos significados associados ao termo humanização, enfatizando a necessidade de se explorar o que a autora chama

de “mudança cultural”. Deslandes salienta que, “tal conceito pode ser entendido inicialmente como qualquer alteração na cultura, sejam traços, complexos, padrões, ou toda uma cultura, o que é mais raro”, e que a mudança cultural acabaria por ocorrer “de forma lenta ou acelerada, envolvendo diferentes graus de resistência e adesão”.

Na visão de Campos (2002, p. 107) “nós somos influenciados, condicionados pelas várias culturas, pelas várias forças, mas nós também somos capazes de reagir, de interagir, de coproduzir, de reproduzir, de modificar essa força cultural que atua sobre nós”, o que justifica a importância de se fazer uma discussão sobre a cultura do atendimento e sua influência no processo que envolve a humanização na saúde. O autor ressalta que, por trás de todos os envolvidos no processo saúde-doença há uma cultura que dá sustentação às suas práticas, à percepção que cada um tem da doença e da saúde, bem como do próprio sistema de saúde.

Em seus estudos sobre ética, direitos dos usuários e políticas de humanização, Fortes (2004, p. 31) enfatiza a ética como instrumento utilizado pelo homem para garantir a coesão social. Ao relacionar ética e saúde Fortes (1998) conceitua ética como uma “reflexão crítica sobre o comportamento humano que interpreta, discute e problematiza os valores, os princípios e as regras morais, à procura da “boa vida” em sociedade, do bom convívio social” (grifos do autor). Para o autor, humanizar refere-se

[...]à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde (FORTES, 1998, p. 31).

Outro imenso desafio, no que concerne à humanização do SUS, é assegurar um exercício ético que se faz através de um método de tríplice inclusão: dos sujeitos, dos coletivos e dos analisadores sociais. Busca-se uma ética que não se processa afastada do mundo em que vivemos, com o objetivo de retirar a humanização do campo de uma moral, que deve optar entre o bem e o mal, ao aprofundar os processos de produção de subjetividades. Nessa perspectiva, os vínculos entre os sujeitos não se exercem ausentes do plano das práticas de cuidado e dos processos de gestão (GARCIA *et al.*, 2010).

A implementação de um cuidado humanizado necessita fundamentar-se na ética. A humanização da assistência como expressão da ética requer, em suma, a

prévia formulação de políticas organizacionais e sociais justas que considerem os seres humanos e seus direitos (MENDES; CALDAS, 2001).

Além da dimensão ética, Backes, Lunard, Lunardi Filho (2006, p.2) destacam a dimensão humana nas relações profissionais, entendida como a “base de qualquer processo de intervenção na saúde”, com vistas à humanização das práticas de saúde. Para os autores, a humanização do cuidado está diretamente relacionada à humanização das relações profissionais, ao respeito da condição humana dos sujeitos envolvidos na prática de cuidar. Mello (2008, p. 7) em seus estudos sobre a temática destaca que

Os termos humanização, humanização da assistência hospitalar ou humanização em saúde já são de domínio público, embora haja certo “estranhamento” e resistência por parte de muitos profissionais da saúde em aceitá-los. O argumento principal é que a humanização é inerente à prática de quem cuida de seres humanos (grifos da autora).

Entretanto, para que os profissionais de saúde possam exercer sua profissão com honra e dignidade, respeitando o outro e sua condição humana, dentre outros, necessitam ter sua condição humana também respeitada, ou seja, ter condições dignas de trabalho, receber uma remuneração justa e ter o seu trabalho reconhecido. Logo, fica evidente que os profissionais, na maioria das instituições de saúde, trabalham longe das condições ideais e não são reconhecidos e valorizados pelo seu trabalho (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006).

Ao discutir o papel dos profissionais de saúde na efetivação da PNH, Mota, Martins e Vêras (2006, p. 325) analisam a importância da comunicação e do diálogo no processo que envolve a humanização na saúde, “sem comunicação não há humanização”, pois “a humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, do diálogo com nossos semelhantes”.

Casate e Corrêa (2005) evidenciaram em seus estudos a necessidade de se investir no trabalhador, valorizando a dimensão subjetiva. A humanização do atendimento supõe encontro entre sujeitos que compartilham saber, poder e experiência vivida, implicando em transformações políticas, administrativas e subjetivas. Entretanto, as autoras ressaltam que a temática continua sendo pouco abordada na formação dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43) apontam que

[...] a formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

O baixo investimento na formação e qualificação dos trabalhadores “diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades” (BRASIL, 2004, p.5). Os profissionais de saúde, na sua maioria, mantêm-se distante do debate que envolve a complexidade que permeia o SUS na atualidade, e da formulação das políticas públicas de saúde (MATTOS, 2003; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A própria PNH reconhece que

O debate sobre os modelos de gestão e de atenção, aliados aos de formação dos profissionais de saúde e aos modos com que o controle social vem se exercendo, é, portanto, necessário e urgente. Necessário para que possamos garantir o direito constitucional à saúde para todos, e urgente porque tal debate é uma condição para viabilizar uma saúde digna para todos, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida (BRASIL, 2004, p. 5).

A PNH tem como objetivo colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano das práticas de saúde. Nesse sentido, Tocci e Costa (2014, p. 200) ressaltam a necessidade desses princípios serem entendidos pelos profissionais e gestores que estão à frente de todo o processo saúde – doença. Caso contrário, segundo a autora, “dificulta e retarda a resolutividade dos problemas apresentados pelos usuários criando um abismo entre o que está escrito e o que ocorre na realidade deles”.

Enfrentar a falta de resolutividade dos serviços de saúde é outro problema colocado aos processos de humanização do SUS. E, ainda, a sua consolidação como política pública, ou seja, que não se restrinja a uma política governamental que sofre os efeitos de descontinuidade, devido ao constante rodízio de governantes, e sim uma política de Estado, o que não pode ser alcançado sem a mobilização das forças sociais que se agenciam para além do Estado (HENNINGTON, 2008; FERREIRA, 2005).

Para os formuladores da PNH, a humanização não se restringe a ações humanitárias, nem é realizada por seres humanos imbuídos de uma bondade supra-humana na feitura de serviços ideais. A nova humanização seria um resultado de novas práticas em saúde, valorizando-se o trabalho em equipe adicionado a uma troca

de saberes, incluindo os usuários e os profissionais (MORI; OLIVEIRA, 2009). Assim, o próprio MS adverte

Devemos tomar cuidado para não banalizar o que a proposição de uma política de humanização traz ao campo da saúde, já que as iniciativas se apresentam, em geral, de modo vago e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade, um "favor", portanto, e não um direito à saúde (BRASIL, 2004, p. 6).

A PNH toma a cogestão e a gestão compartilhada como uma diretriz, apostando na democratização das relações de poder como um valor e como um requisito para a ampliação da co-responsabilização dos trabalhadores (BRASIL, 2008). No entanto, de um modo geral, os trabalhadores se sujeitam e sofrem a gestão e pouco participam dela (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Nesse sentido, Oliveira (2010, p. 17 e 18) considera que o objeto da gestão é o trabalho humano “que realiza tanto a missão das organizações quanto os interesses dos trabalhadores”. Não havendo compatibilidade entre ambas as partes “o objeto torna-se os conflitos, gerados por uma gestão unilateral, hierárquica e, conseqüentemente autoritária e promotora de adoecimento dos trabalhadores”.

A gestão lida com uma multiplicidade e diversidade de interesses que atravessam o trabalho humano, que de acordo com o MS

[...]é composto por contradições, apresentando-se, ao mesmo tempo, como espaço de criação e de repetição; espaço de exercício da vontade e ação pelo constrangimento de outrem; trabalho para si e trabalho demandado do outro, encarnado em sujeitos e coletivos que portam necessidades (sempre sócio-históricas). Assim, é ilusão pensar que se trabalharia sempre a favor dos interesses e das necessidades dos agentes imediatos do trabalho. Trabalhar resulta, pois, da interação de elementos paradoxais, os quais determinam tanto a sua realização como sentido, quanto como alienação para seus agentes (BRASIL, 2009, p. 14 e 15).

Sobre a polissemia que envolve o termo humanização, Deslandes (2004) salienta que o conceito de humanização da assistência, embora se constitua no alicerce de um amplo conjunto de iniciativas, ainda carece de uma definição mais clara, conformando-se mais como uma diretriz de trabalho, um movimento de parcela dos profissionais e gestores, do que um aporte teórico-prático.

A autora enfatiza que, não há consenso, ainda, sobre os contornos teóricos, e mesmo operacionais, do que se convencionou chamar de humanização. Sendo assim, sua abrangência e aplicabilidade não estão inteiramente demarcadas, o que acaba

prejudicando a efetivação da PNH no cotidiano das práticas de saúde. Puccini e Cecílio (2004, p. 1347) asseveram que

A primeira tentação é dar por resolvida essa insuficiência, reafirmando a definição genérica do humanismo clássico entendido como qualquer atitude ou teoria que afirme que a dignidade humana é o valor supremo e deve, portanto, ser tão favorecida quanto defendida dos ataques precedentes dos poderes políticos, econômicos e religiosos.

Puccini e Cecílio (2004, p. 1346) identificam que, as concepções e formas de perceber a humanização na saúde propiciam uma “avalanche de intenções” que, situadas no “campo dos justos e politicamente corretos”, desenvolvem o seu trabalho com visões de mundo muito diferentes, resultando “em distintas propostas de humanização” que, “no fundo, só coincidem enquanto *slogan* de propaganda” (p. 1346).

Sobre o acúmulo de representações no campo da saúde, que envolve o conceito de humanização, Deslandes e Mitre (2009, p.642) apontam que

Primeiramente, foi entendido, por muitos atores envolvidos no processo de saúde, como uma possível acusação unilateral e culpabilizante de maus-tratos ao usuário; a seguir, o conceito ultrapassou a noção de *caritas* e, hoje, ousamos dizer que já enfrenta certo processo de banalização dos desafios que ele anuncia (e, conseqüentemente, esvaziamento).

Matos (2014) identifica, ainda, que a falta de compromisso dos sucessivos governos com a saúde da população brasileira, aliadas ao papel desempenhado pela mídia para descaracterizar o SUS, enquanto política pública e direito de todos, dificulta a materialização da PNH no cotidiano das ações e desqualifica a gestão e atenção no campo da saúde pública. Verifica-se, de acordo com Bravo (2009, p. 100), “o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral”.

A PNH, enquanto “iniciativa inovadora no SUS”, tem como tarefa desafiadora “a produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho” (BRASIL, 2010, p. 6). No entanto, essa tarefa não pode estar descolada de um debate mais amplo sobre o cenário político, econômico e social no qual está inserida a Política de Saúde brasileira, principalmente a partir da década de 1990.

Pensar na materialidade da PNH no cotidiano das práticas de saúde é retomar a discussão sobre a Reforma Sanitária brasileira. Entretanto, com relação aos documentos básicos da PNH, elaborados pelo MS, Conceição (2009, p. 218) identifica que

[...] em nenhum dos documentos [...]a ideia de Reforma Sanitária é recuperada, o que nos faz entender que a humanização como está sendo pensada e desenvolvida, a despeito de ganhos pontuais, caracteriza-se muito mais como uma mudança de postura profissional do que um debate aprofundado sobre os modelos de atenção e gestão, sobre os determinantes da saúde, para não entrar na seara de uma crítica ao tipo de sociedade construída e a da relativa a um novo pacto social ao qual tinha no horizonte o movimento de Reforma Sanitária.

Nesse sentido, ao pensarmos nas contradições e suas implicações na materialidade da PNH é importante inscrever essa discussão na contrarreforma do Estado, uma vez que o HumanizaSUS tenta se firmar, desde 2003, como política pública do SUS diante de dois projetos que continuam em disputa: o projeto de Reforma Sanitária e o projeto de saúde articulado ao mercado ou “privatista” (BRAVO, 2001). Não obstante às conquistas obtidas a partir da CF de 1988 e o lançamento da PNH, em 2003, “o que se assiste é a política de saúde sendo questionada pela ideologia conservadora, e propostas que visam fortalecer a contrarreforma na saúde” (CONCEIÇÃO, 2009, p. 217).

Num cenário de redução do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal, Puccini e Cecílio (2004, p. 1351) asseveram que, “o desencontro, o descrédito e a desconfiança dos usuários em relação aos serviços públicos de saúde exigem uma resposta rápida, sob pena de implodir o SUS e com ele o direito à saúde”. As frequentes queixas sobre a falta de qualidade dos serviços públicos de saúde “corrói a base de sustentação do SUS, para contentamento dos inimigos da saúde como direito social”. Os autores analisam que o momento é de inflexão, “no qual todos os defensores do SUS, em especial os envolvidos na sua organização, têm que demonstrar que o direito à saúde é para os homens, e não para a racionalização do Estado”.

Nesse sentido, a reflexão e discussão sobre a humanização na saúde reabre as discussões sobre o SUS, seus desafios e possibilidades de sua implementação, conforme o previsto na legislação brasileira. Por este motivo torna-se premente a multiplicação de reflexões e discussões relacionadas às formas de se promover

humanização nos serviços públicos de saúde, uma vez que o atendimento, calcado na universalidade do acesso, na integralidade da assistência e na equidade são a base para a efetivação dos princípios do SUS instituídos na CF de 1988. Na atualidade, vários trabalhos têm sido produzidos no meio acadêmico, a partir de pesquisas com temas relacionados à saúde pública.

A humanização das práticas e da atenção em saúde tem demandado e despertado cada vez mais interesse científico. Nos últimos anos, tem se tornado tema constante na literatura científica nacional, notadamente nas publicações oriundas da saúde coletiva. A compreensão do estado do conhecimento sobre a temática, em determinado momento, é necessária no processo de evolução da ciência, afim de que se ordene periodicamente o conjunto de informações e resultados já obtidos, ordenação que permita indicação das possibilidades de integração de diferentes perspectivas, aparentemente autônomas, a identificação de duplicações ou contradições, e a determinação de lacunas e vieses (SOARES, 1989).

Com relação às várias interpretações dadas à temática estudada, Vaitsman e Andrade (2005, p. 610) ressaltam que a humanização

[...] pode ser objeto de distintas interpretações, as quais orientarão as questões a serem pesquisadas. Uma vez que o conceito de humanização está ligado ao paradigma dos direitos e a cada dia surgem novas reivindicações de direitos, que se remetem às singularidades dos sujeitos, este paradigma vem se tornando complexo e expandindo, alcançando novas esferas sociais e discursivas.

Considerando a importância das reflexões e discussões sobre a política de saúde e a PNH na conjuntura atual, acreditamos que a realização de um estado da arte da produção acadêmica sobre humanização na saúde, poderá subsidiar outros estudos, apresentando o que tem sido produzido, e o que ainda não foi pesquisado sobre a temática apresentada. O estado da arte faz parte do terceiro capítulo deste trabalho.

CAPÍTULO 3 - ESTADO DA ARTE SOBRE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE: um estudo de dissertações da PUC-GO e UFG (2006-2016)

Nas últimas décadas, houve um crescimento significativo de pesquisas conhecidas como “estado da arte” no Brasil. Nessas pesquisas busca-se a totalidade dos estudos e pesquisas em determinada área do conhecimento, que apresenta um crescimento quantitativo e qualitativo, principalmente reflexões em nível de pós-graduação, distribuídos por inúmeros programas de pós-graduação e pouco divulgados (FERREIRA, 2002).

3.1 Descrição das dissertações que abordam a humanização na saúde

A PNH, lançada pelo MS em 2003, tem sido tema de produções acadêmicas e debates. A realização de um estado da arte da produção acadêmica sobre humanização na saúde teve como objetivo criar um quadro panorâmico das pesquisas realizadas em torno da temática “humanização”, que se insere dentro da política de saúde.

As pesquisas conhecidas como “estado da arte” ou “estado do conhecimento” são definidas como de caráter bibliográfico de acordo com Ferreira (2002), sendo reconhecidas por realizarem uma metodologia de caráter inventariante e descritivo da produção acadêmica e científica sobre o tema investigado.

Desse modo, com base no levantamento das dissertações defendidas e depositadas nos Programas de Pós-Graduação (PPG) da UFG e PUC-GO, em diversos campos do conhecimento, buscou-se responder como se apresenta a produção acadêmica que versa sobre humanização na saúde, no período compreendido entre os anos 2006 e 2016, a partir da análise dos trabalhos incluídos na amostra.

O estudo foi constituído de vinte dissertações, que tiveram como foco a humanização na saúde. Quanto aos Programas de PPG, oito trabalhos estavam ligados aos PPG da UFG – três do Ensino na Saúde, três da Faculdade de Enfermagem (FEN), uma das Ciências da Saúde e um da Sociologia – e doze estavam ligados aos PPG da PUC – onze das Ciências Ambientais e Saúde, e um da Atenção à Saúde.

Com relação aos anos de publicação dos trabalhos, foi identificado que seis dissertações foram concluídas em 2012, quatro em 2016, três em 2014 e duas em 2015. Os anos de 2007, 2008, 2009, 2011 e 2013 registraram apenas uma dissertação concluída em cada um. Nota-se que, com exceção do ano de 2013, o quinquênio de 2012 a 2016 registrou a maioria dos depósitos, com quinze dissertações.

Com relação ao perfil dos pesquisadores, sobressaíram os do sexo feminino totalizando dezoito (90%) e dois (10%) do sexo masculino. Ao analisar a área de conhecimento e de formação dos autores, identificou-se que entre as mulheres: uma era fisioterapeuta, uma arquiteta, uma cientista social e quinze eram enfermeiras. Os do sexo masculino, dois enfermeiros. Prevaleceu uma porcentagem maior de profissionais enfermeiros, sendo que mulheres enfermeiras representaram um total de 75%, e homens enfermeiros 10% do total. Os outros 15% compreendem os profissionais de Fisioterapia, Arquitetura e Ciências Sociais.

Nota-se que, 90% do total dos pesquisadores são profissionais da área da saúde⁴³. Os dados expostos remetem, principalmente, a um maior interesse dos pesquisadores da área da enfermagem em produzir novos conhecimentos sobre a temática em estudo, e um percentual de 10% de profissionais de outras áreas (arquitetura e ciências sociais).

Há diferenças significativas no modo de se praticar a investigação científica de acordo com Severino (2016). Assim, foram várias as modalidades e metodologias de pesquisas identificadas nas produções acadêmicas analisadas.

Todas as produções acadêmicas analisadas⁴⁴ foram elaboradas a partir de pesquisas de campo. A pesquisa realizada por Silva (2013) teve caráter exploratório e analítico; Longo (2008) desenvolveu pesquisa exploratória, e Oliveira (2014) de caráter transversal e exploratório; foram realizadas sete pesquisas⁴⁵ de cunho descritivo/exploratório; a pesquisa de Oliveira (2016) teve cunho analítico e comparativo; Picão (2016) desenvolveu um estudo de caráter interpretativo;

⁴³ De acordo com a Resolução nº 287 são profissionais de saúde os assistentes sociais, os biólogos, os biomédicos, os profissionais de educação física, os enfermeiros, os farmacêuticos, os fisioterapeutas, os fonoaudiólogos, os médicos, os médicos veterinários, os nutricionistas, os odontólogos, os psicólogos e os terapeutas ocupacionais.

⁴⁴ Adorno (2014), Longo (2008), Melo (2016), Oliveira (2014), Oliveira (2012), Oliveira (2016), Santos (2009), Santos (2007), Bezerra (2012), Carvalho (2016), Guimarães (2014), Magalhães (2015), Martins (2012), Mattos (2012), Medeiros (2011), Picão (2016), Silva (2013), Valadão (2012), Veronesi (2012) e Zenha (2015).

⁴⁵ Melo (2016), Oliveira (2012), Santos (2007), Guimarães (2014), Mattos (2012), Veronesi (2012) e Zenha (2015).

Magalhães (2015) desenvolveu pesquisa bibliográfica e Santos (2009) pesquisa documental e bibliográfica; Bezerra (2012) estudo de caso, e Valadão estudo comparativo.

Nas produções acadêmicas identificou-se que, seis pesquisadores⁴⁶ utilizaram observação de campo e diário de campo para realização dos seus estudos. No trabalho de Santos (2009) só consta a realização de observação de campo.

Quinze pesquisadores⁴⁷ utilizaram-se do recurso de gravação MP3 para realização de suas pesquisas. Mattos (2012) informou ter realizado suas entrevistas por cenário virtual, com uso de computador (internet), usando Skype ou messenger, na modalidade conversa de voz.

Nas produções acadêmicas identificou-se a abordagem qualitativa e o uso de entrevista semiestruturada na maioria das pesquisas realizadas⁴⁸. A abordagem quantitativa foi utilizada nos estudos realizados por Oliveira (2016) e Valadão (2012). A entrevista semiestruturada e a abordagem qualitativa/quantitativa foram utilizadas nos estudos realizados por Santos (2009).

Percebe-se que, a maioria dos pesquisadores optou pela interpretação dos dados utilizando-se uma abordagem qualitativa. Nesse caso, Gomes (2015) ressalta que o foco do pesquisador é, principalmente, a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais dos sujeitos da pesquisa sobre o tema investigado.

Utilizou-se a técnica de pesquisa de análise de conteúdo em nove trabalhos⁴⁹. No estudo de Oliveira (2016) a análise dos dados foi realizada por meio dos Testes Qui Quadrado e Teste Exato de Fischer. Guimarães (2014) fez uso da análise de dados indutiva. O estudo qualitativo de Magalhães (2015) foi baseado e teve os dados analisados a partir da teoria fundamentada em dados descrita por Charmaz (2009).

O Quadro 1 apresenta dados relacionados aos sujeitos das pesquisas, que constituíram a amostra entrevistada pelos vinte pesquisadores, conforme critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Identificou-se um maior número de pesquisas realizadas com usuários, seguidos dos profissionais de saúde, acompanhantes,

⁴⁶Bezerra (2012), Martins (2012), Medeiros (2011), Silva (2013), Veronesi (2012) e Zenha (2015).

⁴⁷Adorno (2014), Longo (2008), Oliveira (2014), Oliveira (2012), Santos (2007), Bezerra (2012), Carvalho (2016), Guimarães (2014), Magalhães (2015), Martins (2012), Medeiros (2011), Picão (2016), Silva (2013), Silva (2013), Veronesi (2012) e Zenha (2015).

⁴⁸Pesquisas realizadas por Adorno (2014), Longo (2008), Melo (2016), Oliveira (2014), Oliveira (2012), Santos (2007), Bezerra (2012), Carvalho (2016), Magalhães (2015), Martins (2012), Mattos (2012), Medeiros (2011), Picão (2016), Silva (2013), Guimarães (2014), Veronesi (2012) e Zenha (2015).

⁴⁹Adorno (2014), Oliveira (2014), Oliveira (2012), Santos (2009), Santos (2007), Carvalho (2016), Medeiros (2011), Silva (2013) e Veronesi (2012).

acadêmicos de medicina, gestores e outros profissionais (arquitetos).

QUADRO 1 – SUJEITOS DA PESQUISA IDENTIFICADOS NAS DISSERTAÇÕES DA UFG E DA PUC GOIÁS QUE TRATAM DA TEMÁTICA HUMANIZAÇÃO– 2006 a 2016*

Sujeitos de pesquisa	Número de dissertações	Número sujeitos entrevistados
Usuários	12	788
Profissionais de saúde	12	242
Acompanhantes	4	40
Acadêmicos de Medicina	1	20
Gestores	1	4
Outros profissionais (arquiteto)	1	3

Fonte: quadro elaborado pela pesquisadora a partir das dissertações levantadas. Goiânia, 2018. Algumas dissertações envolvem diferentes sujeitos, que estão inseridos em duas ou mais categorias.

A maioria das pesquisas teve como foco o usuário dos serviços públicos de saúde. Dezenove pesquisas foram realizadas em unidades de saúde que realizam atendimento unicamente pelo SUS. Apenas a pesquisa de Valadão (2012) realizou um estudo comparativo/quantitativo entre duas maternidades, uma pública e outra privada.

Os dados apontam para a prevalência de pesquisas de campo realizadas com usuários e profissionais de saúde. Das doze pesquisas que tiveram como sujeitos usuários, nove abordaram mulheres em período gravídico-puerperal. As pesquisas envolveram aspectos como: autonomia, violência institucional, experiências vivenciadas e percepções de gestantes e puérperas sobre o parto e pós-parto.

Dentre os nove pesquisadores que abordaram mulheres em período gravídico-puerperal, sete são profissionais de enfermagem (sendo duas enfermeiras obstetras) e dois profissionais de outras áreas (Ciências Sociais e Fisioterapia).

No Brasil, as reflexões e debates sobre as questões que envolvem o período gravídico-puerperal datam do início do século XX, onde o termo “humanizar” na assistência ao parto já era utilizado por médicos renomados⁵⁰. Um maior número de dissertações sobre o assunto está relacionado com a origem dessas discussões, que antecedem, em muito, as discussões mais amplas sobre a humanização na saúde.

As produções acadêmicas, que tiveram como sujeitos apenas profissionais de

⁵⁰ No início do século XX, o professor Fernando de Magalhães, pai da Obstetrícia Brasileira, e o professor Jorge de Rezende, na segunda metade do século, utilizaram o termo “humanizar” na assistência ao parto. Ambos defendiam que a narcose e o uso de fórceps vieram humanizar a assistência ao parto, e contrapunham-se ao modelo de assistência médica tutelado pela Igreja Católica, que defendia que o sofrimento do parto fazia parte dos desígnios do criador, uma penalidade por conta do “pecado original”, impedindo com essa visão qualquer tentativa de alívio das dores do parto. A Obstetrícia Médica passou a reivindicar seu papel de protetora das mulheres, aliviando suas dores e sofrimentos durante o “penoso” trabalho de parto (DINIZ, 2005).

saúde⁵¹, deram enfoque à percepção da enfermagem sobre questões relacionadas diretamente com a humanização: humanização na gestão, humanização da assistência de enfermagem, concepção sobre cuidado humanizado, significado do cuidado, vivência na assistência ao parto domiciliar humanizado, vivência do ambiente de produção do cuidado.

Os estudos de Longo (2018), Carvalho (2016), Magalhães (2015) e Martins (2012) tiveram como sujeitos de pesquisa acompanhantes de usuários internados em instituições de atenção à saúde. Os pesquisadores valorizaram o papel do acompanhante e sua participação no processo do cuidado. Buscaram conhecer suas expectativas, opiniões, vivências e necessidades, bem como suas percepções sobre o processo que envolve a humanização na saúde.

Martins (2012) analisou as contribuições, limitações e desafios apontados pelas famílias diante da necessidade do acompanhamento hospitalar. O estudo de Carvalho (2016) trabalha com a subjetividade que envolve o papel do acompanhante na internação, enquanto cuidador. Sentimentos de impotência, insegurança e medo, são algumas das dificuldades vivenciadas pelos familiares, identificadas na realização da pesquisa.

Os estudos realizados por Santos (2009), Oliveira (2014) e Carvalho (2016) tiveram como sujeitos gestores, acadêmicos de medicina e arquitetos, respectivamente. Ao discutir formação profissional e incluir os acadêmicos como sujeitos de pesquisa, Oliveira (2014) evidenciou a importância das disciplinas ministradas na graduação, nos cursos da área da saúde, para a promoção de mudanças na assistência prestada aos usuários do SUS.

O trabalho de Santos (2009) analisou a implementação e aceitação do PHPN por parte da gestão em maternidades públicas em Goiânia. Enquanto sujeitos de pesquisa, evidenciou-se o importante papel dos gestores, nas mudanças necessárias nas instituições de saúde, no que se refere à qualidade e humanização do cuidado, uma vez que as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde.

Por não ser considerado um profissional da saúde, num primeiro momento, pode parecer estranho a inclusão de arquitetos como sujeitos de pesquisa na discussão que envolve a humanização na saúde. Ao analisar o trabalho de Carvalho (2016), percebeu-se o quanto a arquitetura das unidades de saúde deve ser

⁵¹ Adorno (2014), Oliveira (2012), Santos (2007), Bezerra (2012), Mattos (2012) e Medeiros (2011).

estrategicamente pensada, no sentido de melhorar a ambiência, com vistas à humanização do cuidado.

No que tange à temática abordada pelos pesquisadores, Adorno (2014) e Santos (2007) analisam a Política de Humanização da Atenção e Gestão no ambiente hospitalar. O primeiro teve como foco a gestão; o segundo, a atenção do cuidado humanizado no ambiente hospitalar.

As pesquisas de Medeiros (2011)⁵² e Carvalho (2016) buscaram estabelecer essa relação entre a ambiência e humanização do cuidado em saúde. Medeiros teve como foco a influência do ambiente na produção do cuidado, na perspectiva dos profissionais de saúde. Carvalho buscou analisar a ambiência como um fator que interfere no processo de humanização do cuidado hospitalar, na perspectiva de usuários e profissionais.

As produções acadêmicas de Martins (2012), Magalhães (2015)⁵³ e Zenha (2015) tiveram como foco a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). Dentro da PNAU, Martins e Zenha deram enfoque ao Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), e Magalhães abordou o acolhimento, mas na perspectiva do atendimento das necessidades dos familiares de pessoas com politraumatismo, atendidas na internação emergencial.

Oliveira (2012) e Bezerra (2012)⁵⁴ discutiram a humanização do cuidado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A primeira pesquisa teve como foco a formação profissional de enfermeiros, a partir da discussão da pedagogia das competências e o contexto da enfermagem; a segunda, abordou o significado do cuidado em UTI pediátrica, identificando os saberes e fazeres que os enfermeiros mobilizam no cotidiano para humanizar a sua prática dentro da UTI.

Oliveira (2014) abordou a formação profissional na graduação. O estudo teve por objetivo analisar a influência da disciplina Pronto Sorriso⁵⁵ como instrumento de formação humanística do acadêmico de medicina no ambiente hospitalar. Os

⁵² A pesquisa foi realizada em um hospital público de pequeno porte no interior do estado de Goiás (Hospital Municipal de Rio Verde-GO).

⁵³ A pesquisa foi realizada em um Hospital Público no interior do estado do Mato Grosso (MT), conforme apontado em seu trabalho (MAGALHÃES, 2015).

⁵⁴ Pesquisa realizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) da Santa Casa de Misericórdia, município de Anápolis (GO), de acordo com Bezerra (2012).

⁵⁵ A disciplina Pronto Sorriso foi criada em 1998, por docentes do Departamento de Pediatria e acadêmicos da Faculdade de Medicina, como um projeto de extensão da UFG-GO, sem fins lucrativos. O grupo está em atividade desde março de 1999, no Hospital das Clínicas, em Goiânia. O projeto é desenvolvido por uma equipe multidisciplinar, envolvendo profissionais de diversas áreas, como Medicina, Pedagogia, Artes Cênicas e Arte Circense (LIMA apud OLIVEIRA, 2014).

resultados confirmaram que a disciplina é um instrumento do humor na formação humanística do acadêmico de Medicina, bem como na transformação do ambiente hospitalar, propiciando conhecimentos e desenvolvimento de habilidades referentes à atuação dos doutores palhaços.

Longo (2008)⁵⁶ fez uma discussão sobre a opinião do pai acompanhante e das puérperas, acerca de sua participação durante o processo do parto. Ao identificar o perfil dos pais foi possível conhecer suas características sociais e suas expectativas acerca do momento do parto. Ao descrever as vivências do pai no nascimento do filho constatou-se que o papel tradicional do pai está em transformação. As puérperas descreveram os sentimentos com relação à participação do pai com sua particularidade, mas apontaram em direção ao reconhecimento do benefício do suporte e apoio do pai, contribuindo com elementos para concretizar a paternidade e fortalecer vínculos afetivos.

A humanização do parto encerra várias possibilidades de parir e propõe uma assistência centrada na pessoa e na família, qualificada e flexível, utilizando a tecnologia apropriada. A partir da análise dos dados, Longo (2008) identifica como positiva a experiência vivenciada pelas puérperas e o pai acompanhante. Ressaltou-se no estudo a importância da equipe de saúde inteirar-se do perfil e das percepções do pai e da puérpera durante o parto. Essa inteiração foi considerada por Longo (2008) como fundamental para a humanização da assistência e para que a experiência de ter um acompanhante durante a parturição, no contexto institucional, seja exercida como um direito.

Melo (2016) buscou analisar a autonomia da gestante frente à escolha do tipo de parto durante o pré-natal. O estudo revelou que a unidade de saúde não favoreceu o diálogo com a gestante quanto aos tipos de parto. A análise dos dados identificou a ruptura na autonomia da mulher, confirmando a necessidade da revisão e do aperfeiçoamento dos programas de atendimento às gestantes, em especial no serviço público, onde ocorreram grandes conquistas nas políticas governamentais, que avançaram para ratificar um atendimento de qualidade e eficiente para as mulheres que buscam a assistência integral ao nascimento e ao parto.

A pesquisa de Oliveira (2016) teve por objetivo avaliar a percepção de puérperas e profissionais de saúde quanto à assistência ao parto normal em duas

⁵⁶ A pesquisa foi realizada em uma Casa de Parto agregada a um hospital de pequeno porte, no estado de Goiás, acerca de 190 km de Goiânia e no domicílio dos entrevistados (LONGO, 2008).

maternidades públicas. Nesse sentido, buscou-se responder se as práticas recomendadas pela OMS para a assistência ao parto normal estão sendo aplicadas nas duas maternidades, e como se dá o serviço nas duas maternidades quanto à realização das rotinas e práticas recomendadas para a assistência ao parto normal.

Ao comparar o serviço das duas maternidades, Oliveira (2016) identificou que as práticas recomendadas pela OMS durante o trabalho de parto foram predominantes na maternidade 2, enquanto que na maternidade 1 algumas práticas não estavam sendo aplicadas. Observou-se que, com relação às boas práticas recomendadas pela OMS, a maioria dos profissionais da maternidade 2 afirmou que as realiza, enquanto que na maternidade 1, apesar de muitas dessas estarem presentes, ainda há muitas intervenções desnecessárias processo do parto.

Guimarães (2014) elegeu como locus para realização de sua pesquisa maternidades públicas do estado do Tocantins (TO)⁵⁷. O pesquisador buscou identificar as políticas públicas de atenção ao parto e nascimento implementadas no TO e a percepção de puérperas sobre a violência institucional no processo de parto.

O estudo evidenciou o descumprimento das políticas, a gravidade do problema nas regiões pesquisadas, diante da violência institucional existente e a necessidade de melhorias nos serviços prestados, no que se refere à assistência na atenção ao parto. A negligência foi um dos tipos de violência mais destacados no estudo.

O objetivo do estudo realizado por Santos (2009) foi analisar a implementação do PHPN em maternidades públicas de Goiânia-GO e sua aceitação pelos sujeitos envolvidos (profissionais da saúde, gestores, gestantes e puérperas). A pesquisa teve como foco as relações de poder que se estabelecem entre as mulheres e os profissionais de saúde, em especial os médicos, durante a gestação e parto. Os resultados da pesquisa apontaram para a implementação parcial do PHPN, para o pouco reconhecimento da necessidade e adoção de um modelo menos intervencionista de atendimento ao parto, e a necessidade da valorização do diálogo e decisão das mulheres.

Em seus estudos, Mattos (2012) analisou as vivências de enfermeiros obstetras

⁵⁷ Compuseram a amostra da pesquisa puérperas que tiveram seus partos entre os anos de 2010 a 2013 em 14 maternidades públicas das oito regiões de saúde do estado do TO (Augustinópolis, Araguaína, Guaraí, Paraíso, Palmas, Porto Nacional, Gurupi e Dianópolis, sendo 11 instituições de gestão estadual, duas municipais e uma filantrópica (GUIMARÃES, 2014).

na assistência ao parto domiciliar planejado, em cinco regiões do Brasil⁵⁸. A análise identificou as motivações e valores pessoais dos enfermeiros na construção da qualidade da assistência ao parto domiciliar. E, ainda, os desafios e obstáculos à implementação dessa prática (preconceito cultural, mudança de atitude profissional e falta de apoio logístico). Apesar do aumento desse tipo de parto no Brasil, Mattos ressaltou a falta de resoluções mais específicas sobre o assunto.

Picão (2016)⁵⁹ investigou a vivência da parturiente em unidade obstétrica até os momentos que antecedem o parto, com foco no acolhimento e ambiente. A partir dos resultados da pesquisa, evidenciou-se as dificuldades de deslocamento/transporte e as fragilidades das parturientes, os sentimentos de ser ou não assistida, valorizada e negligenciada durante o processo; as parturientes mostraram-se sensíveis às relações interpessoais estabelecidas com a equipe e a não permissão de acompanhante.

Os resultados do estudo realizado por Picão (2016) apontaram para o não atendimento das necessidades das parturientes pelas políticas e programas de humanização na área obstétrica. Entretanto, quase todas valorizaram o serviço e o atendimento recebido, mesmo percebendo os serviços de forma incompleta.

A pesquisa realizada por Silva (2013)⁶⁰ teve por objetivo conhecer a percepção das parturientes atendidas no pré-parto, quanto à assistência de enfermagem. Os resultados evidenciaram os conflitos emocionais vivenciados pelas parturientes na sala de pré-parto, devido à falta de acolhimento da equipe. No entanto, o relato das gestantes aponta para a valorização do conforto do espaço físico e a presença do acompanhante no pré-parto.

Com relação à assistência de enfermagem Silva (2013) observou a superficialidade do cuidado, uma vez que a atenção do profissional esteve direcionada para os procedimentos e rotinas técnicas, em detrimento da assistência humanizada. Desse modo, o papel da enfermagem tornou-se invisível na sala de pré-parto, aos olhos das usuárias entrevistadas.

⁵⁸ Nas respectivas regiões, o estudo limitou-se aos estados de Santa Catarina, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Distrito Federal, Bahia, Pernambuco, Ceará e Pará. Os estados foram selecionados por possuírem profissionais enfermeiros obstetras que atuam no parto domiciliar planejado, na sua região (MATTOS, 2012).

⁵⁹ A pesquisa foi realizada em uma Unidade Obstétrica no município de Barreiras (BA), conforme informado por Picão (2016).

⁶⁰ A pesquisa foi realizada com usuárias atendidas na sala de pré-parto do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz (MA), conforme informado por Silva (2013).

Os resultados do estudo realizado por Silva (2013) sugerem a ausência de acolhimento no pré-parto, que é amenizada pelo ambiente e a presença de acompanhante. Falhas na assistência humanizada preconizada pelo PHPN foram identificadas a partir dos resultados. Evidenciou-se, a partir do estudo realizado, os muitos desafios da enfermagem para o acolhimento e a humanização da assistência no ambiente de parturição.

A pesquisa realizada por Valadão (2012) buscou identificar as ações implementadas pelo poder público em duas maternidades (uma pública e outra privada)⁶¹, referentes às campanhas para a realização do parto humanizado, indicadas pelo MS. A partir da análise dos dados coletados, o pesquisador buscou responder se as políticas públicas atuais conseguem alcançar todas as mulheres, contribuindo para a sua decisão pelo parto normal.

Os resultados da pesquisa identificaram que a maternidade pública realiza mais o parto normal do que o cesáreo, mesmo com debilidade na atenção; a maternidade privada não está se adequando às políticas públicas indicadas pelo MS, faltando promover a devida capacitação dos profissionais de saúde. Os dados revelaram que as mulheres aceitam o parto normal nas duas maternidades, porém não o realizaram por causa do medo da dor e falta de atenção dos profissionais.

Veronesi (2012) buscou conhecer a experiência do processo parturitivo vivenciado por primíparas e a qualidade da assistência recebida, em uma maternidade no município de Fernandópolis-São Paulo (SP)⁶². A partir dos dados, observou-se que as primíparas sentiram-se em diversos momentos subjugadas a sua condição de inferioridade imposta pelo gênero. O poder médico é percebido como um instrumento de coerção pelas mulheres, com formas de violência física, psicológica e moral no trabalho de parto e parto.

Identificou-se no estudo de Veronesi (2012) que, as primíparas não são orientadas adequadamente pelos médicos ou enfermeiros no processo parturitivo. Não existe comunicação entre a equipe médica e de enfermagem com as usuárias, o que dificulta o trabalho de parto e parto. A partir dos resultados da pesquisa Veronesi

⁶¹ Maternidade Pública Augusta Gomes Bastos (pública) e Maternidade Modelo (privada), no município de Rio Verde/ Sudoeste Goiano (VALADÃO, 2012).

⁶² Foi escolhido Fernandópolis-SP como cenário da pesquisa devido à experiência vivida pela pesquisadora na assistência de enfermagem à mulher no trabalho de parto, parto e puerpério no município (VERONESI, 2012). Pesquisa realizada no Hospital Geral filantrópico, conveniado com o SUS.

identificou a importância de haver um processo de humanização e acolhimento das primíparas atendidas no processo parturitivo.

Após a descrição dos trabalhos, enfocando os dados investigados nas dissertações, quais sejam: os Programas de Pós-Graduação, autores, formação profissional dos autores, ano de defesa, título, sujeitos de pesquisa, objetivos, procedimentos metodológicos, objetos de estudo, questões norteadoras da pesquisa e resultados finais dos trabalhos, o item 3.2 apresenta a análise desses dados.

3.2 Análise das dissertações a partir das categorias: saúde, humanização e integralidade

Esta dissertação tem por objeto de investigação a produção acadêmica sobre humanização na saúde, a partir de dissertações dos Programas de Pós-Graduação (PPG) *Stricto Sensu* da Universidade Federal de Goiás e Pontifícia Universidade Católica de Goiás, depositadas no período de 2006 a 2016.

O objetivo do estudo é identificar e analisar a produção acadêmica sobre humanização na saúde, em dissertações da UFG, regional Goiânia, e PUC Goiás, no período de 2006 a 2016. Esta dissertação teve como fio condutor a pergunta norteadora: como se apresenta a produção acadêmica sobre humanização na saúde, em dissertações da UFG, regional Goiânia, e PUC-GO, no período de 2006 a 2016?

Os conhecimentos científicos não evoluem de forma linear e progressiva, mas comportam contradições, inflexões, multiplicidades de apreensões. Expressam não só os contextos histórico-culturais em que foram produzidos, mas também os posicionamentos políticos dos pesquisadores, modos de pensar e agir em defesa de ideais e projetos individuais e coletivos (FERREIRA, 2002).

No estudo proposto, as características apontadas por Ferreira (2002) fizeram-se presentes, possibilitando a análise de como as questões que envolvem a temática foram abordadas nas dissertações de mestrado. As análises tiveram por base as categorias temáticas: saúde, humanização e integralidade. Essas categorias não serão tratadas isoladamente, mas analisadas de forma inter-relacionada.

O estudo compreendeu vinte dissertações, cujos resultados evidenciaram diversidade temática: humanização no processo gravídico-puerperal, humanização nos Serviços de Urgência e Emergência (SUE), humanização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), adulto e infantil; humanização na gestão, humanização em ambientes

hospitalares e humanização a partir do parto domiciliar planejado.

Dentro dessa diversidade temática identificaram-se alguns aspectos abordados nas produções acadêmicas, quais sejam: processo formativo, operacionalização da assistência humanizada, percepção sobre assistência humanizada, humanização no processo de cuidar, autonomia do paciente, humanização do ambiente hospitalar, gestão humanizada, importância do acolhimento no processo de cuidar.

Entendemos que, para a análise da produção acadêmica sobre humanização na saúde é necessário considerarmos alguns aspectos que envolvem o conceito ampliado de saúde, aprovado na VIII Conferência de Saúde, em 1986. Esta análise foi subsidiada pela retomada desse conceito, que inclui alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde como condições necessárias para se garantir a saúde. Dessa forma, expressam o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nas condições de vida da população (BRASIL, 1990).

Este estudo possibilitou identificarmos a falta de articulação da temática estudada com o conceito ampliado de saúde e a pouca valorização dos determinantes sociais no processo saúde-doença. Desse modo, a produção acadêmica apresenta-se de forma fragmentada uma vez que, ao discutir a humanização na saúde com enfoque em determinada demanda ou serviço de saúde, não se utiliza como referencial o conceito ampliado de saúde.

A humanização na assistência à saúde está relacionada diretamente à concepção que os sujeitos envolvidos no processo do cuidado têm sobre a saúde e os direitos de cidadania. Apenas um estudo aborda a concepção de saúde enquanto direito e responsabilidade do Estado, consagrada na Constituição Federal de 1988, entretanto, não faz referência aos determinantes da saúde, conforme o conceito ampliado de saúde.

Para a discussão da humanização na saúde é necessário pensar a humanização como política pública, como estratégia governamental para se efetivar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de saúde. A PNH, enquanto política do SUS, apoia-se, também, em princípios e diretrizes, que direcionam a sua implementação e conferem legitimidade às propostas de mudanças nos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Na produção acadêmica, os problemas identificados com relação à efetivação

da humanização nos serviços públicos de saúde não são abordados a partir das diretrizes e princípios da PNH, o que fragiliza as discussões, impossibilitando uma compreensão mais ampla da humanização enquanto política.

A PNH, expressa como um movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, estrutura-se a partir de três princípios, a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde: a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos.

Como evidenciou-se no capítulo anterior, as diretrizes da PNH são entendidas como as orientações gerais que norteiam sua implementação na prática. Essas diretrizes expressam o método da inclusão da PNH no sentido da: clínica ampliada, cogestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos do usuário, fomento das grupalidades, coletivos e redes e construção da memória do SUS que dá certo.

A partir da PNH, foi criada a política de acolhimento nos serviços de saúde tendo como objetivo acolher, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar créditos, agasalhar, receber, atender. Deve ser visto como ato ou efeito de acolher e expressar em suas várias definições uma ação de aproximação, visando uma atitude de inclusão, permitindo um melhor acesso e inserção do cidadão nesses serviços (BRASIL, 2009).

Desse modo, o acolhimento é uma diretriz da PNH, considerada uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Nesse sentido, acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

O acolhimento foi um dos assuntos mais abordados nas dissertações analisadas. No entanto, os estudos não identificaram o acolhimento como uma diretriz da PNH, o que fragiliza as discussões sobre as questões abordadas nos estudos, trazendo implicações para a compreensão das orientações gerais da PNH, enquanto política transversal do SUS.

Dentre os vários dispositivos desenvolvidos na PNH e postos para funcionar nas práticas de produção de saúde, o mais destacado nas dissertações foi a visita aberta e o direito à acompanhante; o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Riscos (AACR) foi abordado em dois estudos. A classificação de risco, enquanto um dispositivo da PNH, foi considerada nos estudos como uma ferramenta importante na

organização do acesso aos serviços de saúde. Os usuários que necessitam de prioridade, no atendimento de urgência e emergência, devem ser atendidos pelo nível de gravidade e não por ordem de chegada.

Dos estudos, nove abordaram a humanização no processo gravídico-puerperal. Nessa perspectiva, a saúde, a humanização e a integralidade do cuidado foram abordadas no campo das políticas públicas de saúde voltadas para as mulheres. As pesquisas envolveram aspectos como: autonomia da gestante, preconceitos na escolha do tipo de parto, violência institucional no processo de parto, experiências vivenciadas e percepções de gestantes e puérperas sobre o trabalho de parto, parto e pós-parto. Outro aspecto identificado foi o reconhecimento do direito de acompanhante e sua aceitação no processo que envolve o parto e, ainda, os direitos reprodutivos e as relações de poder que se estabelecem nesse processo.

Nas nove produções acadêmicas, a humanização é pensada e discutida a partir das questões que envolvem o parto, abordando, principalmente, o direito à acompanhante, previsto na legislação. Identificou-se que todos os trabalhos analisados apontaram para o descumprimento da referida legislação. Entretanto, as produções não se colocaram de forma crítica diante de tal problemática, fazendo uma discussão superficial sobre a questão.

Nas dissertações que abordam as questões que envolvem o período gravídico-puerperal, identificou-se a ausência de discussões mais amplas sobre a política de saúde e a PNH, enquanto política de humanização do SUS. As discussões tiveram como foco o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN), deixando uma lacuna entre a política de humanização do SUS e o PHPN, focalizado apenas nas questões que envolvem o parto.

Um dos pontos mais enfatizados nos trabalhos foi a preocupação com a formação profissional e a necessidade de mudanças nos currículos da graduação, no sentido de formar profissionais com capacidade reflexiva e crítica para atuar no SUS. Ao propor mudanças na formação profissional, alguns pesquisadores direcionam essas mudanças para o profissional médico. Uma produção identificou os Programas de Residência Profissional em Saúde como um caminho possível para aproximação da teoria e prática.

Assim, a partir da produção acadêmica, a temática se apresenta de forma complexa, uma vez que envolve vários sujeitos na produção do cuidado humanizado. Pôde-se perceber na análise dos trabalhos que a questão cultural ainda é um

elemento forte, que direciona concepções de mundo e que interferem nas práticas de saúde. Dessa forma, conforme sinaliza Hoga (2004) identifica-se a dimensão subjetiva que envolve todo o processo de qualificação das práticas, nos serviços de saúde.

Ainda é possível perceber, na produção acadêmica sobre a humanização na saúde, certa valorização da figura do médico, em detrimento de outras profissões de saúde, o que traz implicações para as mudanças necessárias no atual modelo de saúde vigente. A compreensão da humanização na saúde está, desse modo, relacionada à forma como os sujeitos se percebem no processo de produção em saúde.

A humanização das práticas de atenção e gestão do SUS é uma das frentes que aposta no fortalecimento e consolidação da democratização das práticas de produção de saúde. Nesse sentido, no que diz respeito aos processos de trabalho, constitui-se desafio superar e alterar as práticas de saúde, culturalmente assentadas na figura do médico, associadas ao autoritarismo, à hierarquia e imposição de regras, que tendem a normatizar o trabalho de forma verticalizada (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009).

Identificou-se posicionamentos superficiais nas discussões que envolvem a política de saúde, o SUS e seus princípios e, conseqüentemente, a humanização enquanto política pública. E, ainda, o desconhecimento de direitos e seu descumprimento, nos serviços públicos de saúde. A existência de legislações e documentos que defendam o direito do usuário atendido pelo SUS, não é suficiente para se assegurar direitos e garantir uma saúde de qualidade, na realidade dos serviços de saúde.

Identificou-se, ainda, que o papel do gestor é considerado como de fundamental importância na implementação de mudanças nas unidades de saúde. No entanto, a falta de clareza por parte dos profissionais de saúde sugere, em alguns momentos, que as mudanças institucionais são de responsabilidade e devem estar centradas nas mãos da gestão das unidades de saúde.

Desse modo, os profissionais de saúde excluem-se do processo que envolve a produção do cuidado e a tomada de decisões, não se sentindo corresponsáveis. De acordo com a PNH, a inclusão dos trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no cotidiano dos serviços de saúde, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças nos serviços. A PNH toma a cogestão e a gestão compartilhada como uma diretriz, apostando na democratização das relações de

poder como um valor e como um requisito para a ampliação da corresponsabilização dos trabalhadores (BRASIL, 2013).

O SUS tem como um de seus princípios definidos na Constituição Federal a participação social, na perspectiva de democratizar a gestão da saúde. Essa gestão, no entendimento da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, não é exercida apenas no âmbito do sistema e serviços de saúde, mas também diz respeito ao cuidado em saúde.

Com a PNH, o tema da participação em saúde assume novos contornos, ampliando-se na direção da inclusão protagonista e corresponsável dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Desse modo,

[...]é condição prioritária para a missão pública do SUS a criação de uma responsabilidade sanitária coletiva, isto é, a produção de um sujeito coletivo, desindividualizado e não necessariamente institucionalizado, que faz de sua ação cotidiana e local seja o trabalho formal dos profissionais de saúde, seja o trabalho de cuidado de si dos usuários e sua rede sociofamiliar uma forma de engajamento no movimento de mudança dos modos de cuidar e de gerir (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, p. 4).

A produção acadêmica sobre o período gravídico-puerperal relaciona o parto humanizado com o respeito aos direitos reprodutivos das mulheres. Aborda a autonomia, a participação ativa da mulher e a importância dos serviços de saúde acolher a gestante e seu companheiro durante o pré-natal, com o repasse de todas as informações necessárias durante todo o processo que envolve o parto. Nesse processo, o cuidado por parte dos profissionais e o ambiente contribuem para a qualidade da assistência no trabalho de parto.

Os estudos demonstraram que, embora as políticas públicas de atenção à saúde da mulher, no período gravídico-puerperal, tenham avançado, ainda há fragilidades no que diz respeito às ações e condutas assistenciais nas instituições de saúde do SUS.

Com relação à saúde, integralidade do cuidado e a humanização da assistência um estudo observa uma supervalorização da tecnologia em detrimento do aspecto humano e a importância de se resgatar o lado humano do cuidado, buscando oferecer uma assistência que vá ao encontro das necessidades biopsicossociais espirituais do usuário.

Dentro da proposta de se discutir a humanização na saúde, dois estudos abordaram a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e a Rede de Atenção

às Urgências e Emergências (RUE) destacando a importância de se articular e integrar os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários e seus familiares em situação de urgência e emergência.

Entretanto, na realidade dos serviços de urgência e emergência, os estudos apontam para a precariedade desses serviços, que dificultam o acesso, a integralidade do cuidado e a humanização da assistência prestada aos pacientes com agravos à saúde e risco iminente de vida.

Nos serviços de urgência e emergência a maior importância ainda é dada aos procedimentos técnicos, protocolos de atendimento emergencial, materiais e equipamentos. Desse modo, as práticas voltadas apenas para os aspectos biológicos contrariam o conceito ampliado de saúde, trazendo implicações para uma assistência humanizada pautada na integralidade do cuidado.

De acordo com a PNH, a “ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2010, p. 121). Nesse sentido, dois estudos abordaram a temática.

Em um estudo a humanização na saúde é discutida a partir da humanização dos espaços hospitalares. Na discussão, a humanização é considerada um ponto relevante para a qualidade das instituições de atenção à saúde, seja ela relacionada ao espaço físico ou ao atendimento. Nesse sentido, a humanização do cuidado estaria diretamente relacionada à humanização do ambiente de produção do cuidado.

De acordo com a proposta da PNH, a arquitetura hospitalar é fundamental para o projeto de um ambiente acolhedor, aconchegante e humanizado. Com relação à saúde, o ambiente pode contribuir para o bem estar físico e emocional dos sujeitos, ou ser um ponto facilitador para o maltrato psicológico e físico dos mesmos (BRASIL, 2010). Nessa perspectiva, presentificam-se o conceito ampliado de saúde, a integralidade e a humanização do cuidado.

Na discussão da humanização na saúde, o estudo aponta a importância de que toda a organização hospitalar seja considerada no processo que envolve a produção do cuidado. Então, entende-se que, na concretização da assistência integral à saúde, a organização hospitalar é de fundamental importância, devendo ser considerada no processo de humanização da assistência.

A partir dos problemas que envolvem a efetivação da PNH no cotidiano dos

serviços de saúde, a produção acadêmica apresentou propostas de melhorias na assistência à saúde dos usuários dos serviços. A maioria identificou a necessidade de se investir na formação profissional, no sentido de formar profissionais para atuarem no SUS. Nessa perspectiva, infere-se que a formação de recursos humanos na área da saúde, de maneira geral, continua sendo apreendida pelos profissionais de saúde dentro de uma dimensão biologicista, ou seja, focada na doença.

Uma das tarefas do SUS consiste em ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, que deve incluir todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (BRASIL, 1990). Entretanto, conforme identifica Ceccim e Feuerwerker (2004), na formulação de políticas do SUS, uma das áreas menos problematizadas até hoje é a da formação em saúde.

No que tange à integralidade da atenção, os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem, buscando assegurar uma atenção que inclua ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Desse modo, a organização dos serviços deve ter como foco o doente e não a doença, o que exige dos profissionais de saúde um olhar atencioso sobre as necessidades de saúde e o conceito ampliado de saúde (MATTOS, 2009).

Duas dissertações analisadas, ao propor mudanças na formação profissional e revisão de currículos, direcionaram as mudanças para a formação médica e de enfermagem, dando ênfase às duas categorias profissionais. Nesse sentido, o enfoque se dá de forma fragmentada, uma vez que a assistência à saúde não se dá apenas na figura do profissional médico e/ou da enfermagem.

A garantia do acesso a uma saúde de qualidade e a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, sob a perspectiva da integralidade, requer uma visão de totalidade do sistema por parte de todos os sujeitos envolvidos no processo que envolve a humanização do cuidado em saúde.

Contudo, a produção acadêmica identifica o grande desafio para se assegurar práticas assistenciais que atendam à integralidade, uma vez que nos serviços de saúde os vários espaços de produção do cuidado privilegiam determinadas formas de relações, como as do domínio do conhecimento clínico, que impossibilita, muitas vezes, os profissionais de saúde de ter um olhar além da dimensão biológica. Nesse sentido, o conceito de saúde e integralidade se dá de forma fragmentada (MATTOS,

2009).

Um estudo considera utópica a ideia do cuidado integral e humanizado, uma vez que os direitos dos usuários não são garantidos (visita aberta, permanência de um acompanhante, acolhimento, acesso a informações). No que tange ao acesso à saúde, o mesmo estudo evidenciou as dificuldades e a peregrinação de usuários e dificuldades na busca por assistência. Considerou-se contraditório, portanto, dizer que há humanização do cuidado sem a garantia de direitos dos usuários atendidos nos serviços.

A PNH toma o acolhimento como uma das cinco diretrizes centrais que orienta a ação das equipes, que têm por tarefa produzir saúde. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, o acolhimento é entendido como estratégia de qualificação da atenção no SUS, de garantia de direitos dos usuários e da utilização adequada e das responsabilidades das unidades de saúde do SUS (BRASIL, 2010).

Na PNH, o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Riscos (AACR) foi desenvolvido como dispositivo, que deve funcionar nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão (BRASIL, 2004).

Na realidade dos serviços públicos de saúde dois estudos avaliaram esse dispositivo em serviços de urgência e emergência, avaliando aspectos positivos e negativos na sua implantação. Com relação à humanização do atendimento nesses serviços, os estudos identificaram a importância de se esclarecer junto à população o funcionamento do AACR, evitando sentimentos de exclusão e injustiça.

Nesse processo, foi destacado o importante papel dos gestores na implementação do AACR e o pouco envolvimento no suporte e desenvolvimento de propostas de melhoria do serviço, o que contraria a proposta da PNH, no que diz respeito à gestão.

Com relação à integralidade, um estudo destacou, ainda, a falta de articulação da rede de atenção às urgências, no caso, o serviço pré-hospitalar fixo (atenção básica). Desse modo, as dissertações apontaram que o direito do usuário, a integralidade das ações em saúde e a humanização da assistência ficaram comprometidos. Apesar das limitações do dispositivo, como ponto positivo os estudos identificaram uma melhoria na organização, embora incipiente, e no acesso aos

serviços, a partir do AACR.

Desse modo, na maioria dos estudos a integralidade do cuidado está relacionada a fatores organizacionais como recursos humanos e materiais, condições adequadas de trabalho e às relações interpessoais. A qualidade da atenção em saúde, nesse caso, está na dependência de uma boa estrutura física, recursos humanos em quantidade suficiente, educação continuada e uma boa organização dos serviços.

A partir, principalmente, dos estudos que abordaram experiências de trabalhadores da saúde no cotidiano dos serviços de saúde, identificaram-se a necessidade urgente de ações no sentido de se cuidar daqueles que cuidam, ou seja, dos profissionais de saúde. De acordo com os estudos, aspectos como a falta de condições de trabalho, falta de recursos humanos e materiais, ambiente inadequado, baixos salários, dupla jornada de trabalho, dentre outros, influenciam no desempenho do trabalho desenvolvido pelos profissionais e traz implicações para sua saúde e a humanização da assistência prestada aos usuários.

A importância dada à necessidade da valorização dos trabalhadores, bem como à melhoria das suas condições de trabalho vai ao encontro de uma das orientações da PNH. Nesse sentido,

O trabalho é o que está definido de forma prescritiva para ser executado pelos diferentes profissionais, mas também e, principalmente, o que efetivamente se realiza nas situações concretas de trabalho. Inclui, portanto, o esforço que se despende no cotidiano profissional, para o trabalhador dar conta dos acordos e pactos realizados com o gestor e com os companheiros de trabalho, em função das necessidades dos usuários (BRASIL, 2008, p. 6).

Desse modo, a efetivação do processo que envolve os sujeitos na humanização da assistência e a integralidade do cuidado está condicionada às mudanças institucionais, à necessidade dos gestores adequarem o modelo assistencial vigente às políticas de saúde, uma vez que a fragmentação dos serviços não proporciona atenção integral e a humanização da assistência e do ambiente de cuidado.

A proposta da PNH busca por em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Nesse sentido, em todas as dissertações analisadas identificou-se o descumprimento de princípios e diretrizes da política de saúde, bem como da PNH.

Ao término deste trabalho, esperamos contribuir, de alguma maneira, para a

retomada do debate sobre a importância da melhoria do atendimento nos serviços públicos de saúde no Brasil; bem como a reabertura da discussão em torno de propostas efetivas para se garantir direitos legalmente garantidos, buscando a consolidação da saúde, enquanto política pública, e da PNH, enquanto estratégia para qualificar as práticas nos serviços públicos de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da produção acadêmica da UFG, regional Goiânia, e PUC-GO, que versam sobre a humanização na saúde, possibilitaram uma maior compreensão sobre a humanização enquanto política pública, seus avanços e desafios, principalmente a partir do lançamento da Política Nacional de Humanização (PNH) pelo Ministério da Saúde, em 2003.

O caminho teórico metodológico percorrido durante a elaboração deste estado da arte evidenciou o interesse de outras áreas do conhecimento nas discussões que envolvem a temática estudada. Para além dos profissionais da área da saúde, estudiosos da área da arquitetura e ciências sociais trouxeram importantes contribuições para a discussão sobre a humanização na saúde.

Na produção acadêmica analisada predominou um maior número de pesquisas em torno da humanização da assistência à mulher no parto. Os estudos apontaram para uma supervalorização do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com pouca ou nenhuma ênfase na humanização enquanto política.

Sem desconsiderar os avanços conquistados, a partir da análise da produção acadêmica sobre humanização na saúde, podemos identificar que os princípios do SUS e a implementação da PNH estão longe de ser efetivados na sua plenitude no cotidiano dos serviços de saúde. As considerações finais das dissertações analisadas apontaram para essa realidade sem, no entanto, haver uma maior discussão sobre a construção do SUS e a contrarreforma do Estado brasileiro.

Ao partir da realização do estudo foi possível evidenciar, apesar dos avanços e conquistas alcançados a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a existência de lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços, no que se refere ao acesso à saúde, integralidade do cuidado e à humanização da assistência. Na produção acadêmica a discussão sobre a atenção à saúde prevaleceu sobre a discussão sobre a gestão dos serviços.

Apesar da diversidade de temáticas, não houve uma maior articulação com o conceito ampliado de saúde. Os princípios e diretrizes do SUS foram pouco abordados e os princípios e diretrizes da PNH não foram explicitados nas dissertações analisadas. Identificou-se que a produção acadêmica se apresenta de forma fragmentada, sem uma discussão mais ampla sobre a humanização enquanto política

pública.

A humanização da assistência à saúde permanece, portanto, como uma demanda atual e crescente no contexto brasileiro, constituindo-se num elemento necessário para a reorganização das práticas de saúde na atualidade. Este trabalho representou um esforço de traçar um quadro panorâmico da produção acadêmica em torno da temática, buscando contribuir posteriormente com a elaboração de outros trabalhos.

REFERÊNCIAS

ADORNO, A.M.N.G. **Humanização em Gestão**: percepção da equipe de enfermagem em uma maternidade escola. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde). Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2014.

ALMEIDA, O.S.C; GAMA, E.R.; BAHIANA, P.M. Humanização do Parto: a atuação de enfermeiros. **Revista de Enfermagem Contemporânea**. Bahia, 2015.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. **Políticas Públicas no Brasil**. p. 173-206. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas Sociais. **Educação & Sociedade**, v. 23, nº 80, p. 25-48. São Paulo, 2002.

ASSUMPÇÃO, P.F.S. **A Integralidade em saúde e o debate do Serviço Social**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. 114 f. Florianópolis: UFSC/CSE/PGSS, 2007.

AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e Humanização das Práticas de Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, nº 3. Rio de Janeiro, 2005.

_____. J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do)humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, p. 16-29. São Paulo, 2004.

BACKES, D.S.; LUNARDI, V.L.; LUNARD-FILHO, W.D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, 2006.

BELINATI, W. **Avaliação crítica do aumento da capacidade operativa dos serviços de saúde ao nível primário. Londrina 1986-1992**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1994.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na Saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, nº 17, p. 389-406. Rio de Janeiro, 2005.

BEHRING, E.R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1999.

BEZERRA, R.M. **O significado de cuidar na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica**. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2012.

BOARETTO, M.C. Humanização da assistência Hospitalar: o dia-a-dia da prática dos serviços. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9. Rio de Janeiro, 2004.

BOLOVENTA, G.A. História e Cultura, Franca, v. 6, nº 2, p. 1-2, ago-nov. 2017, p. 9 a 34. ISSN 2238-6270. Disponível em <<https://ojs.franca.unesp.br/index.php/historiaecultura/issue/viewFile/105/30>> Acesso em 10 nov. 2017.

BOSCHETTE, I. Seguridade Social e Projeto Ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania? In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 79. São Paulo: Cortez, 2004.

BRAGA, J.C.S; PAULA, S.G. **Saúde e Previdência: estudos de política social**. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF, 1988.

_____. **Anais da VII Conferência Nacional de Saúde**, 280 págs. Brasília: 1980.

_____. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: 1986.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS 545 de maio de 1993. Norma Operacional Básica 01/93. Atos Normativos. Brasília: MS, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 985. Dispõe sobre a criação do Centro de Parto Normal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. Brasília: MS, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 01/06/2000, que institui o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do SUS. Brasília: MS, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 693, de 05/07/2000, que aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Brasília: MS, 2000.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal de 1988 e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm

_____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 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 **[relatório final]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: MS, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da Oficina Nacional HumanizaSUS:** construindo a Política Nacional de Humanização, realizada em Brasília, em 19 e 20 de novembro de 2003. Brasília: MS, 2004.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão. Brasília: MS, 2006.

_____. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, MS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS, 3. ed. Brasília: MS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base. 4. ed. Brasília: MS, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão Participativa e Cogestão. Brasília: MS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção – Brasília: MS, 2010.

BRAVO, M.I.S. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____, M.I.S. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. 1.ed. São Paulo: Cortez, 2013.

_____, M.I.S. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde. Formação e Trabalho Profissional**. 4.ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

_____, M.I.S. Participação social e Controle Social. In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde - Textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

_____, M.I.S. As políticas de Seguridade Social Saúde. In: **CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social**. Brasília: 2001 e A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde – Textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, M.I.S.; PEREIRA, P.A.P. Política Social e Democracia. In: **Gestão Democrática na Saúde**: o potencial dos conselhos. 2.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

BRAVO, M.I.S.; VASCONCELOS, A.M.; GAMA, A.S.; MONNERAT, G.L. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e a ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês e PEREIRA, Potyara A. P. (Org.). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, 2001.

CAMPOS, G.W.S. Sete Considerações sobre Saúde e Cultura. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: 2002.

_____, G.W.S. **Humanização na saúde**: um projeto em defesa da vida? São Paulo: 2001.

_____, G.W.S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, S.F. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil e Espanha, p. 417-442. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

CARVALHO, J.M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 4.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CARVALHO, R.M. **A humanização de ambientes hospitalares oncológicos pediátricos - vozes e discursos**. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2016.

CASATE, J.C. CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, nº 1. Ribeirão Preto: 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, nº 1, p. 41-65. Rio de Janeiro, 2004.

CECÍLIO, L. C. E. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009.

COHN, A. **Caminhos da Reforma Sanitária**. nº 19. São Paulo: Lua Nova, 1989.

COHN, A. A Saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A.; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

CONCEIÇÃO, T.S. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. **SER Social**, v. 11, nº 25, p. 194-220. Brasília: 2009.

CORDONI JÚNIOR, L; PAULUS JÚNIOR, A. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 8, nº 1, p.13-19. Londrina, 2006.

COUTO, B.R. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2006.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Cuidados primários em saúde**. Alma-Ata, 1978. Disponível em <<http://www.opas.org.br/promoção/uploadarq/alma-ata.pdf>>. Acesso em 13 de novembro de 2016.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 2004.

DESLANDES, S.F.; MITRE, R.M.A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface - Comunicação, saúde, educação**, v.13. São Paulo: 2009.

DESLANDES, S.F., AYRES, J.R.C.M. Humanização e cuidado em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 2005.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, nº 3. Rio de Janeiro: 2005.

SCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____, S.; BLOCH, R.A. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: LIMA, N.T. et al. (Org.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FAGUNDES, H.S; NOGUEIRA, V.M.R. O princípio da integralidade nas políticas nacionais de saúde e assistência social. **Anais do 2º Seminário de Política Social no MERCOSUL** – Seguridade Social, Participação e Desenvolvimento. Pelotas, 2009.

FAVARO, T. C. P. **Construção do Sistema Único de Saúde pelo Controle Social: A Experiência de Goiânia – em duas Gestões (1989 a 1992 – 1993 a 1996)**. Dissertação (mestrado). Departamento de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*. Mestrado em Serviço Social-PUC. Goiânia, 2009.

FERREIRA, J. O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde e Sociedade**, v. 14, nº 3, p. 111-118. São Paulo: 2005.

FERREIRA, N.S.A. As pesquisas denominadas “Estado da Arte”. **Revista Educação & Sociedade**, nº 79. Campinas: 2002.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. Humanização. [Internet, 2009]. Dicionário da educação profissional em saúde. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>. Acesso em 04 de março de 2018.

FORTES, P.A.C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, nº 3, p. 30-35. São Paulo: 2004.

_____, P.A.C. **Ética e Saúde**. São Paulo: Pedagógica Universitária, 1998.

FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.P.; GRANJA, G.F.; ERMEL, R.C. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista da Escola**

de Enfermagem da USP. São Paulo: 2011.

GARCIA, A.V.; ARGENTA, C.E.; SANCHEZ, K.R.; SÃO THIAGO, M.L. O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. **Physis – Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: 2010.

GATTAI, Z. **Anarquistas, Graças a Deus.** Rio de Janeiro: Record, 2003.

GERSCHEMAN, S. A. **Democracia inconclusa:** um estudo da Reforma Sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.**34.ed.MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

GUIMARÃES, L.B.E. **Violência institucional em maternidades públicas do estado do Tocantins.** Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2014.

HECKERT, A.L.C.; PASSOS, E.; BARROS, M.E.B. Um Seminário Dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação,** v. 13, p. 493-502. São Paulo: 2009.

HENNINGTON, E.A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista Saúde Pública,** v.42, nº 3. São Paulo:2008.

HOGA, L.A.K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista Esc. Enferm. USP,** p. 13-20. São Paulo: 2004.

IAMAMOTO, M.V. A questão social no capitalismo. In: **Revista Temporalis,** nº 3, p.16-17. Brasília: Abepss, 2001.

LIMA, J. C. Histórias das lutas sociais por saúde. **Revista Trabalho Necessário,** ano 4, n. 4, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/trabalhonecessario/TN4%20LIMA,%20J. C.pdf>>. Acessado em: 10 nov. 2017.

LONGO, C.S.M. **O Parto Humanizado e a Participação do Pai.** Dissertação. (Mestrado). Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2008.

MAGALHÃES, A.O. **A vivência da internação emergencial na perspectiva de familiares de pessoas com politraumatismos.** Dissertação (Mestrado em Ciências

Ambientais e Saúde). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2015.

MARTINS, S.M.S. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco em um serviço de urgência hospitalar**. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2012.

MATTOS, D.V. **O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado**. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2012.

MATTOS, R.A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 13. 2009. Bvsms.saúde.gov.br/bvs/humanização/pub_destaque.php.acessado em 13/10/17.

_____, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 2004.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.

MATTOS, R.A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2003.

MATOS, M.C. No rastro dos acontecimentos: política de saúde no Brasil. In: **Política de Saúde Hoje: interfaces & desafios no trabalho dos assistentes sociais**. São Paulo: Papel Social, 2014.

MEDEIROS, J.M. **A vivência do ambiente hospitalar pela equipe de enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2011.

MEDICI, A.C. A medicina de grupo no Brasil. In: Organização Panamericana de Saúde. Série Desenvolvimento e Políticas de Saúde. Brasília: MS, 1991.

MELLO, I.M. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais**. São Paulo, 2008.

MELO, D.T. **Movimento e Institucionalização de Políticas Públicas de Saúde no Brasil: a experiência do movimento sanitário e do Sistema Único de Saúde**, 1.ed. Rio de Janeiro: Faperj, 2015.

MELO, G.F. **Análise da autonomia da gestante na escolha do tipo de parto.** Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde). Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2016.

MENDES, A.N. **Financiamento, gasto e gestão do SUS:** a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema no Estado de São Paulo (1995–2001). Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP. São Paulo, 2005.

MENDES, H.W.B, CALDAS, J.A.L. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem.** São Paulo: 2001.

MENDES, I.A.C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, nº 3. Ribeirão Preto: 2004.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social:** Teoria, método e criatividade. 34.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

_____, M.C.S. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9. Rio de Janeiro: 2004.

MORI, M.E; OLIVEIRA, O.V.M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): uma cogestão em ato. **Interface.** São Paulo: 2009.

MOTA, R.A.; MARTINS, C.G.M.; VÉRAS, R.M. Papel dos profissionais de saúde na Política de Humanização Hospitalar. **Psicologia em Estudo**, v. 11, nº 2, p. 323-330. Maringá: 2006.

MOTA, A.E. Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional.4.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____, A.E. **Cultura da crise e Seguridade Social:** um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 1980 e 1990. São Paulo: Cortez, 1995.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema único de Saúde – SUS. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

OLIVEIRA, E.M. **Sistema Único de Saúde (SUS):** contradições determinadas pelo desenvolvimento das forças produtivas da sociedade. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.

OLIVEIRA, O.V.M. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. O que é, como implementar. Uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas. Brasília: 2010.

OLIVEIRA, B.R.G.; COLLET, N.; VIEIRA, C. **A humanização na assistência à saúde**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 4, nº 2, p. 277-284. São Paulo: 2006.

OLIVEIRA, F.A. Antropologia nos Serviços de Saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 6, nº 10, p. 63-74. Porto Alegre: 2002.

OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA, S.M.F. **(Im) previdência social**: 60 anos da história da previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco: 1985.

OLIVEIRA, N.E.S. **Humanização do Cuidado em Terapia Intensiva**: saberes e fazeres expressos por enfermeiros. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2012.

OLIVEIRA, A.S.B. **Palhaço no Hospital**: percepção da influência do Pronto Sorriso como instrumento de aprendizagem no ensino da graduação em medicina. Dissertação (Mestrado Ensino na Saúde) Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2014.

OLIVEIRA, N.R.G. **Assistência ao Parto Normal em Duas Maternidades Públicas**: percepção de puérperas e profissionais de saúde. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Goiânia, 2016.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____, J.S. As políticas de saúde e a conjuntura atual. *Revista Espaço para a Saúde*, v. 1, p. 18-24. Curitiba, 1989.

PAIM, J.S; TRAVASSOS, C.;ALMEIDA, C.;BAHIA, L.; MACINKO, J. **O Sistema de Saúde Brasileiro**: história, avanços e desafios. Bahia, 2011.

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, ciências, Saúde*, v. 21, nº 1, p. 15-35. Rio de Janeiro: 2014.

PASCHE, D.F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E.A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: 2011.

PASCHE, D.F; PASSOS, E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 1, nº 1. Santa Catarina-Florianópolis: 2008.

PICÃO, V.S. **O acolhimento nos momentos que antecedem o parto**: a vivência da parturiente. Dissertação. (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2016.

PINHEIRO, R. Integralidade. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Fundação Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em 13 de dezembro de 2017.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2007.

POSSAS, C.A. **Saúde e Trabalho**: a crise da previdência social. Rio de Janeiro: Hucitec, 1989.

PUCCINI, P.T.; CECILIO, L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5. Rio de Janeiro: 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500029>. Acesso em: 20 de dezembro de 2017.

SANTOS, L. **Distribuição de competência no Sistema Único de Saúde**: o papel do Estado nas três esferas de governo no SUS. Brasília: OPS/OMS, 1994.

SANTOS, N.M. **A “Humanização” do parto em Maternidades Públicas de Goiânia**: direitos reprodutivos e relações de poder. Dissertação. (Mestrado em Sociologia). Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2009.

SANTOS, N.R. **Humanização do Cuidado no Ambiente Hospitalar**: percepção de enfermeiros de um hospital universitário. Dissertação. (Mestrado). Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2007.

SANTOS, W.G. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. 2.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SANTOS-FILHO, S.B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 2007.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico**. 24.ed. São Paulo: Cortez,

2016.

SILVA, F.J.C.; CARVALHO, M.E.P. **O estado da arte das pesquisas educacionais sobre gênero e educação infantil**: uma introdução. Recife, 2014.

SILVA, P.C.A. **Políticas públicas de humanização no nascimento**: percepção da parturiente quanto à assistência de enfermagem no pré-parto do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2013.

SOARES, M. **Alfabetização no Brasil**: o estado do conhecimento. Brasília: INEP/MEC, 1989.

TEIXEIRA, S.M.F. Retomar o debate sobre a Reforma Sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista de Adm. de Emp.**, v. 49, nº 4. São Paulo: 2009.

_____, S.M.F. Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, nº 3. Rio de Janeiro: 2009.

TOCCI, A.S.S.; COSTA, E.C.N.F. A Gestão em Saúde após a Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde – SUS. **Revista UNINGÁ**, nº 40, p. 197-206, Maringá – PR: 2014.

VAITSMAN, J; ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 2005.

VALADÃO, J.Z.D. **Resgatando a história e rompendo preconceitos do parto normal**. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2012.

VERONESI, C.L. **Experiências vivenciadas por primíparas em relação à assistência prestada no trabalho de parto e parto**. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2012.

ZENHA, A.P.R. **Acolhimento com classificação de risco nas urgências e emergências na perspectiva do usuário**. Dissertação. (Mestrado em Atenção à Saúde). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2015.

APÊNDICES

Apêndice 1

Roteiro de Pesquisa

1. Nome do Programa de Pós-Graduação (PPG)
2. Autor
3. Ano de defesa
4. Título
5. Sujeitos de pesquisa
6. Objetivos
7. Procedimentos metodológicos
8. Objeto de estudo
9. Questões norteadoras
10. Resultados finais

Apêndice 2

Quadro 1 – Programa, autor e ano, título, sujeitos de pesquisa, objetivos e procedimentos metodológicos

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (PPG)/INSTITUIÇÃO	AUTOR/ANO	TÍTULO	SUJEITOS DE PESQUISA	OBJETIVOS	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS
1. Ensino na Saúde UFG	Adorno (2014)	Humanização em gestão – Percepção da equipe de enfermagem em uma maternidade escola	6 enfermeiros e 23 técnicos de enfermagem do HC	Analisar aspectos da humanização no gerenciamento dos recursos humanos, segundo a percepção da equipe de enfermagem de uma maternidade escola.	Estudo qualitativo, entrevistas semiestruturadas, gravadas em áudio, análise de conteúdo
2. Faculdade de Enfermagem (FEN) UFG	Longo (2008)	O parto humanizado e a participação do pai	10 casais (puérperas e acompanhantes/pai do RN)	Discutir a opinião do pai acompanhante e das puérperas acerca de sua participação durante o processo do parto.	Pesquisa qualitativa, exploratória, entrevistas semiestruturadas gravadas
3. ENSINO NA SAÚDE UFG	Melo (2016)	Análise da autonomia da gestante na escolha do tipo de parto	80 gestantes atendidas em consultas de pré-natal com enfermeira ou médico	Analisar a autonomia da gestante frente à escolha do tipo de parto durante o pré-natal.	Pesquisa descritiva exploratória de campo com abordagem qualitativa, entrevistas semiestruturadas
4. ENSINO NA SAÚDE UFG	Oliveira (2014)	Palhaço no hospital: percepção da influência do Pronto Sorriso como instrumento de	20 estudantes de graduação da Faculdade de Medicina da UFG e 10 profissionais de	Analisar a influência do Pronto Sorriso como instrumento de formação humanística do acadêmico de Medicina no ambiente hospitalar.	Pesquisa qualitativa de cunho exploratório e transversal; entrevistas gravadas, usando como instrumento um questionário e um roteiro de

			aprendizagem no ensino da graduação em Medicina	saúde do HC		entrevista semi-estruturada; para análise dos resultados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo
5.	FEN UFG	Oliveira (2012)	Humanização do cuidado em terapia intensiva: saberes e fazeres expressos por enfermeiros	7 enfermeiros da UTI adulto de um Hospital Universitário de Goiânia	Analisar a constituição de saberes e fazeres na prática do enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva para a humanização da assistência de enfermagem.	Estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, entrevista individual semi-estruturada, gravada em mídia digital, análise de conteúdo
6.	CIÊNCIAS DA SAÚDE UFG	Oliveira (2016)	Assistência ao parto normal em duas maternidades públicas: percepção de puérperas e profissionais de saúde	170 puérperas e 86 profissionais de saúde que atuavam na assistência ao trabalho de parto imediato	Avaliar a percepção de puérperas e profissionais de saúde quanto à assistência ao parto normal em duas maternidades de referência em uma capital brasileira.	Estudo analítico e comparativo, com abordagem quantitativa, aplicado questionários para coleta de dados; análise foi realizada através dos testes Qui Quadrado e Teste exato de Fisher
7.	SOCIOLOGIA UFG	Santos (2009)	A “humanização” do parto em maternidades públicas de Goiânia: direitos reprodutivos e relações de poder	8 médicos, 4 enfermeiros, 4 gestores, 8 gestantes e 8 puérperas	Analisar a implementação e aceitação dos sujeitos envolvidos no Programa de Humanização da Assistência ao Pré-Natal e Nascimento nas maternidades públicas de Goiânia	Pesquisa documental, bibliográfica e de campo, entrevistas semi-estruturadas e observação de campo, análise qualitativa e quantitativa
8.	FEN UFG	Santos (2007)	Humanização do cuidado no ambiente hospitalar: percepção de enfermeiros de um Hospital Universitário	27 enfermeiros atuantes na assistência direta à pessoa internada nas diversas	Analisar a concepção sobre cuidado humanizado pelos enfermeiros que atuam na assistência hospitalar.	Estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, entrevistas semi-estruturadas, análise temática de conteúdo; gravador digital

					clínicas do hospital	Compreender o significado de cuidar na UTI Pediátrica na perspectiva dos componentes da equipe de enfermagem.	Estudo de caso qualitativo, entrevistas semiestruturadas orientadas por um roteiro e observação participante; utilização de diário de campo e gravação em formato MP3
9.	CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE PUC	Bezerra (2012)	O significado de cuidar na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	6 auxiliares de enfermagem, 6 técnicos de enfermagem e 2 enfermeiros de uma UTI Pediátrica	de	Descrever a relação entre ambiente físico e funcional e o cuidar em saúde em um hospital oncológico pediátrico.	Pesquisa qualitativa, entrevistas semiestruturadas, gravador de voz, análise de conteúdo
10.	Ciências Ambientais e Saúde PUC	Carvalho (2016)	A humanização de ambientes hospitalares oncológicos pediátricos – vozes e discursos	10 acompanhantes, 6 pacientes, 6 profissionais da saúde e 3 arquitetos	que	Identificar as políticas públicas de atenção ao parto e nascimento e a percepção das mulheres sobre violência institucional no processo de parto em maternidades públicas do estado do Tocantins (TO), no período de 2010 a 2013.	Estudo qualitativo, exploratório/descritivo; entrevistas por saturação de informação orientadas por um roteiro e gravadas em formato MP3, uso da análise de dados indutiva
11.	CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE PUC	Guimarães (2014)	Violência institucional em maternidades públicas do estado do Tocantins	56 puérperas que tiveram seus partos entre 2010 a 2013	que	Compreender a vivência do atendimento emergencial na perspectiva de familiares de pessoas com politraumatismo; analisar como os familiares percebem o atendimento dispensado a pessoas com politraumatismo no serviço de emergência; descrever a vivência dos familiares durante o atendimento da emergência traumática e como eles lidam com essa realidade e com os problemas	Estudo qualitativo, entrevistas semiestruturadas com uso de roteiro, gravador MP3; pesquisa bibliográfica e de campo
12.	CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE PUC	Magalhães (2015)	A vivência da internação emergencial na perspectiva de familiares de pessoas com politraumatismo	8 familiares que vivenciaram o atendimento e internação emergencial às vítimas com politraumatismo	que		

						nela existentes	
13.	CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE PUC	Martins (2012)	Acolhimento com e Avaliação Classificação de Risco em um Serviço de Urgência Hospitalar	19 enfermeiros, que vivenciaram o AACR, 9 pacientes e 12 familiares com idade superior a 18 anos, residentes no município de Goiânia	Descrever a perspectiva de enfermeiros e usuários (familiares e pacientes) sobre o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) em um Serviço de Urgência e Emergência Hospitalar de Goiânia-GO.	Estudo qualitativo, observação direta, uso de diário de campo e gravador MP3, entrevistas semiestruturadas e roteiro	
14.	CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE PUC	Mattos (2012)	O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado	22 enfermeiros obstetras nas 5 regiões do Brasil	Analisar a vivência do enfermeiro obstetra na assistência ao parto domiciliar planejado no contexto social e profissional.	Estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo; entrevistas semiestruturadas, realizadas por cenário virtual, com uso do computador (internet), usando skype ou messenger, na modalidade conversa de voz	
15.	CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE PUC	Medeiros (2011)	A vivência do ambiente hospitalar pela equipe de enfermagem	17 profissionais de saúde de um hospital de pequeno porte	Descrever a vivência que os trabalhadores de enfermagem têm do seu ambiente de produção do cuidado em um hospital de pequeno porte no interior de Goiás.	Pesquisa qualitativa, observação de campo; uso de diário de campo, entrevistas semiestruturadas e uso de gravador MP3; análise de conteúdo	
16.	CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE PUC	Picão (2016)	O acolhimento nos momentos que antecedem o parto: a vivência da parturiente	11 puérperas que estiveram internadas na unidade obstétrica / <i>focus</i> do estudo	Investigar a vivência da parturiente em uma unidade obstétrica até os momentos que antecedem o parto.	Estudo de caráter interpretativo e de abordagem qualitativa, entrevistas semiestruturadas com roteiro, gravador de áudio	

17.	CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE PUC	Silva (2013)	Políticas Públicas de Humanização no nascimento: percepção da parturiente quanto à assistência de enfermagem no pré-parto do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA	9 puérperas com mais de 18 anos, com permanência na sala de pré-parto, residentes em Imperatriz-MA	Conhecer a percepção das parturientes atendidas no pré-parto do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA quanto à assistência de enfermagem.	Estudo exploratório e analítico, abordagem qualitativa, observação direta; roteiro de entrevistas semiestruturadas gravadas em áudio e observações no diário de campo; análise de conteúdo
18.	CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE PUC	Valadão (2012)	Resgatando a história e rompendo preconceitos do parto normal	341 mulheres que deram à luz em 2000 (110 mulheres) e 2010 (231 mulheres), e 46 profissionais da saúde em duas maternidades no interior de Goiás	Identificar as ações que foram implementadas pelo poder público nas maternidades Augusta Gomes Bastos (pública) e Modelo (privada) de Rio Verde-GO referentes às campanhas para a realização do parto humanizado indicadas pelo Ministério da Saúde (MS) fazendo uma comparação nos anos de 2000 e 2010.	Estudo comparativo/quantitativo, fórmulas organizadas com questões abertas e fechadas
19.	CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE PUC	Veronesi (2012)	Experiências vivenciadas por primíparas em relação à assistência prestada no trabalho de parto e parto	11 puérperas primíparas residentes no município de Fernandópolis-SP	Conhecer a assistência ao trabalho de parto e parto vivenciada por primíparas em relação aos cuidados prestados pela equipe de saúde.	Pesquisa do tipo exploratória descritiva com abordagem qualitativa, roteiro de pesquisa documental, roteiro de entrevista e diário de campo, gravador digital de voz, análise dos dados empíricos norteada pela análise de conteúdo temático

20.	ATENÇÃO À SAÚDE PUC	Zenha (2015)	Acolhimento com classificação de risco nas urgências e emergências na perspectiva do usuário	68 usuários que aguardavam consulta médica nas unidades de urgência e emergência e que já haviam sido atendidos pela classificação de risco e receberam as especificações: amarela, verde e azul	Analisar o processo de acolhimento com classificação de risco nas unidades de urgência e emergência de Goiânia, na visão do usuário.	Estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, entrevista e observações diretas, registradas em diário de campo; entrevistas semiestruturadas gravadas em MP3
-----	---------------------------	-----------------	--	--	--	--

Apêndice 3

Quadro 2 – Autor e ano, objeto de estudo e questões norteadoras

AUTOR/ ANO		OBJETO DE ESTUDO	QUESTÕES NORTEADORAS
1	ADORNO (2014)	A humanização no gerenciamento dos recursos humanos na percepção da enfermagem	Qual é o perfil profissional da equipe de enfermagem na instituição pesquisada? A formação do enfermeiro oferece conhecimento básico para uma gestão humanizada no contexto familiar? A equipe de enfermagem conhece a Política de Humanização preconizada pelo Ministério da Saúde? Como as entrevistadas percebem a interação entre a equipe e Gerência de Enfermagem, na maternidade? Como a equipe de enfermagem avalia a qualidade da assistência humanizada na instituição?
2	LONGO (2008)	A participação do pai no processo de parto	Quais critérios são utilizados para a permissão do acompanhante? Quantos acompanhantes são permitidos? Quais são as percepções e necessidades das usuárias quanto à presença do pai no momento do parto? O pai é um usuário que compartilha o momento do nascimento ou é responsável por dar suporte à gestante? A sua participação é de parceria ou será mais um a necessitar de apoio?
3	MELO (2016)	Fatores que podem influenciar a gestante na escolha do tipo de parto	As gestantes são autônomas na escolha do tipo do parto em Goiânia-GO? Quais os fatores que interferem na opção de parto? Existe influência de outros personagens nessa eleição? As consultas e orientações durante o pré-natal contribuem para a escolha do tipo de parto?
4	OLIVEIRA (2014)	A relevância do Pronto Sorriso como instrumento no processo de formação dos profissionais de saúde e do humor no cuidar	O Pronto Sorriso é um instrumento relevante no processo de formação dos profissionais de saúde e do humor no cuidar?
5	OLIVEIRA (2012)	Saberes e fazeres que os enfermeiros vêm mobilizando no cotidiano da UTI para humanizar a	Quais são os saberes e fazeres que os enfermeiros vêm mobilizando no cotidiano da UTI para humanizar a assistência em sua prática?

		assistência em sua prática	
6	OLIVEIRA (2016)	Percepção de puéperas e profissionais de saúde quanto à assistência ao parto normal em duas maternidades	As práticas recomendadas pela OMS para a assistência ao parto normal estão sendo aplicadas nas duas maternidades? Qual a percepção das puéperas quanto à satisfação do serviço e atendimento recebidos? Qual é a percepção dos profissionais de saúde envolvidos no processo do trabalho de parto quanto à assistência ao parto normal bem como o PHPN? Como se dá o serviço das duas maternidades quanto à realização das rotinas e práticas recomendadas pela OMS para a assistência ao parto normal?
7	SANTOS (2009)	As relações de poder que se estabelecem cotidianamente entre mulheres e profissionais de saúde, em especial os médicos, durante a gestação e parto em seu atendimento nas maternidades públicas de Goiânia	Ocorreram mudanças nas relações de poder que se estabelecem cotidianamente entre mulheres e profissionais de saúde, em especial os médicos, durante a gestação e parto em seu atendimento nas maternidades públicas de Goiânia?
8	SANTOS (2007)	A compreensão dos enfermeiros sobre o processo de humanização do cuidado na assistência direta ao paciente	Os enfermeiros da instituição, que atuam na assistência direta ao paciente, têm clareza do processo de humanização do cuidado? Esses profissionais se sentem responsáveis pelo processo de humanização abraçado pela instituição? Que significado atribuem ao cuidado humanizado? As suas ações profissionais são firmadas no compromisso da missão da Diretoria de Enfermagem e na Política de Humanização da instituição que se fundamenta nos princípios do HumanizaSUS?
9	BEZERRA (2012)	A Compreensão do significado de cuidar da criança hospitalizada em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica na perspectiva da equipe de enfermagem	Qual a compreensão do significado de cuidar da criança hospitalizada em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica na perspectiva da equipe de enfermagem?
10	Carvalho (2016)	A relação entre ambiente físico e funcional e o cuidar em saúde em um hospital oncológico pediátrico	Quais são as vivências dos usuários e profissionais no hospital e como essas perspectivas podem informar a teorização sobre o ambiente como fator que interfere no processo de humanização do cuidado hospitalar?
11	GUIMARÃES	A percepção das mulheres sobre violência	Quais as principais políticas públicas de atenção ao parto e nascimento implementadas no estado do Tocantins e qual a percepção das mulheres

	(2014)	institucional no processo de parto	sobre violência institucional no processo de parto?
12	MAGALHÃES (2015)	A vivência dos familiares no momento do atendimento emergencial a pessoas com politraumatismo	Qual é a vivência dos familiares no momento do atendimento emergencial a pessoas com politraumatismo?
13	MARTINS (2012)	O processo de cuidar no serviço de urgência e emergência com a implementação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco	Como os usuários e enfermeiros descrevem o processo de cuidar no serviço de urgência e emergência? Quais foram as principais contribuições, limitações e os desafios para a implementação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco?
14	MATTOS (2012)	A vivência do enfermeiro obstetra na assistência ao parto domiciliar planejado no contexto social e profissional	Como se dá a vivência do enfermeiro obstetra na assistência ao parto domiciliar planejado no contexto social e profissional?
15	MEDEIROS (2011)	A influência do ambiente na forma como a equipe de enfermagem trata o paciente	De que forma o ambiente influencia a forma como a equipe de enfermagem trata o paciente? O ambiente hospitalar interfere no comportamento da equipe de enfermagem? As relações interpessoais podem gerar dificuldades na produção do cuidado?
16	PICÃO (2016)	A vivência da parturiente, a percepção sobre o ambiente e o acolhimento até os momentos que antecedem o parto	Qual a vivência da parturiente, a percepção sobre o ambiente e o acolhimento até os momentos que antecedem o parto?
17	SILVA (2013)	A percepção das parturientes atendidas no pré-parto quanto à assistência de enfermagem	Qual a percepção das parturientes atendidas no pré-parto quanto à assistência de enfermagem?
18	VALADÃO (2012)	O alcance das políticas públicas atuais junto às mulheres na decisão e opção pelo tipo de parto	As políticas públicas atuais conseguem alcançar todas as mulheres, fazendo com que decidam a optar pelo parto normal?
19	VERONESI (2012)	A experiência do processo parturitivo vivenciado por parturientes primíparas e a qualidade da assistência recebida	Como é a experiência do processo parturitivo vivenciado por parturientes primíparas e a qualidade da assistência recebida? O ambiente experimentado por essas parturientes favorece a experiência da parturição? Como se configura a assistência prestada no processo de parturição, sob a ótica dessas mulheres?

20	ZENHA (2015)	O conhecimento do usuário sobre o dispositivo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR)	Qual o conhecimento que o usuário tem sobre o dispositivo do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR)?
-----------	--------------	--	---

Apêndice 4

Quadro3 – Resultados Finais dos Trabalhos

RESULTADOS FINAIS DOS TRABALHOS	
AUTOR/ ANO	
1 ADORNO (2014)	Na visão das entrevistadas cabe ao enfermeiro a humanização no serviço de enfermagem, o desenvolvimento das competências gerenciais da equipe. Humanizar o serviço de enfermagem na maternidade é um processo complexo que exige competência profissional de gestão em saúde; a instituição deve efetivar ações de educação continuada discutindo as práticas baseadas em evidências clínicas e articulada aos avanços tecnológicos, promover ambientes de acolhimento para equipe de enfermagem, possibilitar aos trabalhadores condições adequadas para assistência de qualidade às mulheres no período gravídico-puerperal.
2 LONGO (2008)	No estudo foi possível a identificação de quatro categorias temáticas: a caracterização dos participantes; a vivência do acompanhante no processo do nascimento; as percepções das puérperas; e os profissionais como indicador de qualidade de parturição. Ao identificar o perfil dos pais foi possível conhecer suas características sociais e suas expectativas acerca do momento do parto. Ao descrever como o pai vivenciou o nascimento de seu filho, constatou-se que o papel tradicional do pai está em transformação. Os pais desejaram estar presente, apoiaram verbalmente, proporcionaram contato físico e contínuo, emocionaram-se. Cada puérpera descreveu seus sentimentos com relação à participação do pai com sua particularidade, mas apontaram em direção ao reconhecimento do benefício do suporte e apoio do pai, contribuindo com elementos para concretizar a paternidade e fortalecer vínculos afetivos. Os casais avaliaram a experiência positivamente e o papel de acompanhante foi efetivo, atendendo à expectativa tanto das puérperas como dos pais. Uma boa relação interpessoal profissional-usuário foi destacada como indicador da qualidade da assistência na avaliação dos usuários. A humanização do parto encerra várias possibilidades de parir e propõe uma assistência centrada na pessoa e na família, qualificada e flexível, utilizando a tecnologia apropriada. Durante o parto, a equipe de saúde inteirou-se do perfil e das percepções do pai e da puérpera é fundamental para a humanização da assistência e para que a experiência de ter um acompanhante durante a parturição no contexto institucional seja exercida como direito.
3 MELO (2016)	Durante o pré-natal a unidade de saúde não favoreceu o diálogo com a gestante quanto aos tipos de parto. Identificou-se ruptura na autonomia da mulher; as decisões das gestantes são motivadas por experiências familiares e ou pares próximos; entretanto, a indicação do profissional médico influencia diretamente na decisão das gestantes. O grau de instrução da mulher influencia diretamente na escolha do tipo de parto; constatou-se que as experiências anteriores de parturições fortalecem a decisão do tipo de parto em gestações subseqüentes. O estudo confirmou a necessidade da revisão e do aperfeiçoamento dos programas de atendimento às gestantes, em especial no serviço público, onde ocorreram grandes conquistas nas políticas governamentais, que avançaram para ratificar um

		atendimento de qualidade e eficiente para as mulheres que buscam a assistência integral ao nascimento e ao parto.
4	OLIVEIRA (2014)	O estudo evidenciou que a média da faixa etária dos acadêmicos foi de 19 anos, com predominância dos solteiros, do sexo feminino. Quanto aos profissionais de saúde, a idade média foi de 42 anos e com mais de 10 anos de atuação na instituição da pesquisa. Optou-se por analisar as entrevistas separadas em dois grupos: entrevistas dos acadêmicos de Medicina e entrevistas dos profissionais de saúde atuantes na Unidade Pediátrica do Hospital Escola. Concluiu-se que, o Pronto Sorriso é um instrumento do humor na formação humanística do acadêmico de Medicina, bem como na transformação do ambiente hospitalar e propiciou conhecimentos e desenvolvimento de habilidades referentes à atuação dos doutores palhaços.
5	OLIVEIRA (2012)	Os resultados apontaram que ao emitir o seu conceito sobre humanização, os sujeitos enfatizaram aspectos como: se colocar no lugar do outro, interagir com o paciente e cuidado integral. Com relação aos saberes constituídos, o saber agir com pertinência está presente em alguns movimentos significativos, por meio de atitudes que foram além do prescritivo diante do sofrimento vivenciado pelo paciente. Esse saber é favorecido pela combinação dos saberes adquiridos através das experiências pessoais e profissionais em virtude da constituição do saber aprender e aprender a aprender. No entanto, a constituição de saberes/fazeres mostrou-se limitada, tendo em vista que os profissionais não demonstraram envolvimento com a temática, transferindo essa missão a terceiros; foi possível perceber em certos momentos a transposição do modelo biomédico, impregnado nas ações dos profissionais culminando em atitudes mecanizadas de cuidados. É possível inferir que a equipe pesquisada ainda não está completamente preparada para instituir a humanização da assistência aos pacientes da unidade. É fundamental traçar estratégias que visem desenvolver nos profissionais aqueles saberes que ainda se mostram um tanto incipientes e reforçar os existentes, para que o agir humanizado em UTI se concretize. Os resultados da pesquisa contribuirão para o planejamento e implementação da prática humanizada em UTI. Pesquisas futuras e a educação continuada poderão ajudar no processo que envolve a humanização do ambiente de UTI.
6	OLIVEIRA (2016)	As práticas recomendadas pela OMS durante o trabalho de parto foram predominantes na maternidade 2, enquanto que na maternidade 1 algumas práticas não estão sendo aplicadas. O incentivo do uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor foi predominante nas duas maternidades. Quanto à satisfação das puérperas, quanto ao atendimento prestado, a maioria das entrevistadas disse que estava satisfeita com o atendimento. Observou-se que, com relação às boas práticas recomendadas pela OMS, que a maioria dos profissionais da maternidade 2 afirmou que as realiza, enquanto que na maternidade 1, apesar de muitas dessas estarem presentes, ainda há muitas intervenções desnecessárias.
7	SANTOS (2009)	Pode-se perceber uma incorporação parcial das mudanças preconizadas pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) nas representações sociais dos grupos estudados. Apesar de haver uma incorporação de muitas condutas incentivadas pelo PHPN, ainda é pouco reconhecida a necessidade e a adoção de um modelo menos intervencionista de atendimento ao parto, nas quais haja uma valorização do diálogo e do poder de decisão das mulheres sobre os procedimentos realizados.

8	SANTOS (2007)	<p>Observou-se que os enfermeiros têm percepções diversas sobre a temática, correlacionando o cuidado humanizado ao holismo na assistência ao paciente. Os princípios ético-humanistas foram apontados pela totalidade dos entrevistados ao expressarem a humanização do cuidado relacionada a sentimentos de amor, empatia, presença, comunicação e atenção. Identificaram na instituição vários aspectos que favorecem ou dificultam a efetividade do cuidado humanizado; entretanto, destacaram a disponibilidade interna do profissional e a valorização dele na sua dimensão humana, por meio do respeito e diálogo simétrico entre os trabalhadores e gestores como determinantes para o processo de humanização. Foi apresentado o projeto de educação permanente da instituição, que tem entre seus objetivos discutir a humanização da assistência no âmbito hospitalar como uma iniciativa importante que possibilita mudanças de conceitos e atitudes dos profissionais frente ao cuidado dos pacientes. Dessa forma, alguns resultados foram analisados no sentido de apontar a contribuição desse projeto na construção de conceitos e práticas relativas à humanização do cuidado entre os enfermeiros que participaram de suas atividades.</p>
9	BEZERRA (2012)	<p>Os sentidos atribuídos pelas participantes ao significado do cuidar em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica estão relacionados às dimensões técnicas, de humanização, das tensões e do gostar para cuidar. Os participantes mencionaram que o cuidar é composto por atividades assistenciais relacionadas à alimentação, higienização, medicação, eliminações, suporte ventilatório. Acrescentaram, ainda, que as características de humanização estão fortemente presentes no sentido de dar carinho, dar aconchego e dialogar. Apontaram gostar do que fazem, sentir muita satisfação em trabalhar com criança crítica e com sua família, além da realização pessoal, lembrando o sacerdócio existente na enfermagem antiga. O trabalho em equipe, a alteridade e a preocupação de cuidar de quem cuida também foram identificados, bem como o reconhecimento da família pelo cuidado desenvolvido. Cuidar como gerador de tensões foram citadas como prejudiciais ao desenvolvimento das ações de saúde. Estão representadas pela sobrecarga de trabalho, desvio de contratação de função, recursos humanos e materiais insuficientes, impossibilidade de acolher a família; principalmente a mãe durante todo o processo de hospitalização, além de sofrer ao ver o sofrimento do outro e a frustração do enfermeiro por não assistir o cliente pediátrico e sua família através da assistência sistematizada. Os resultados apontaram que as tensões são superadas pela satisfação em cuidar nesse ambiente crítico pediátrico, mas que deixa a equipe de enfermagem em seu limite laboral. A necessidade dos gestores adequarem o modelo assistencial vigente às políticas de saúde deve ser realizado, uma vez que a fragmentação do serviço de enfermagem não proporciona o cuidado pautado na integralidade, na humanização e na sistematização da assistência de enfermagem.</p>
10	CARVALHO (2016)	<p>Com base no estudo proposto foi possível afirmar que a arquitetura deve ser utilizada para humanizar os edifícios hospitalares, sendo que a arquitetura hospitalar deve ser estrategicamente pensada. É importante que os arquitetos entrem como protagonistas no processo de concepção dos estabelecimentos de assistência à saúde, tendo o apoio da equipe multidisciplinar e contato com os profissionais que vão atuar diariamente no local onde está sendo projetado, assim como os usuários que utilizarão o espaço. Para que se concretize a humanização do ambiente hospitalar e da assistência à saúde é necessário que se considere toda a organização hospitalar. Um atendimento de qualidade é efetivado quando os usuários se sentem humanizados. É preciso ouvir essas pessoas com suas necessidades para que não sejam feitas ações de humanização desnecessárias.</p>

11	<p>GUIMARÃES (2014)</p>	<p>Em todas as catorze maternidades pesquisadas há o descumprimento de várias políticas brasileiras de atenção ao parto e nascimento, havendo violência institucional no momento do parto em todas as instituições, o que demonstra a magnitude do problema nessas regiões e a necessidade de melhoria dos serviços. A negligência foi um dos tipos de violência mais destacados no estudo e chama atenção os relatos trágicos trazidos pelas participantes da pesquisa, que apontaram a relação desse tipo de violência a óbitos no período neonatal precoce. A lei do acompanhante foi apontada como uma das mais descumpridas pela maioria das maternidades públicas do Tocantins. Os problemas relacionados à ambiência das maternidades foram apresentados como outro ponto negativo nos relatos das mulheres. Ficou evidente o papel e compromisso dos gestores, dos profissionais de saúde, das instituições formadoras, e de outros atores, além do empoderamento das usuárias e o reconhecimento dessa assistência como direito, constituindo aspectos fundamentais para a mudança de práticas.</p>
12	<p>MAGALHÃES (2015)</p>	<p>Não só a situação emergencial, mas também o funcionamento do serviço de saúde têm um impacto notório sobre a vida do familiar. Esse funcionamento influencia a capacidade do familiar de atuar ativamente nos processos relacionados a questões de tomada de decisão. Indicar que o familiar é um agente ativo importante, porém insuficientemente reconhecido no processo de atendimento e na organização de cuidados no serviço de saúde, onde o mesmo enfrenta obstáculos internos e externos durante todo o processo de atendimento e internação emergencial; esse cenário e o atendimento vivenciado pelos familiares causam impactos não só na vida da pessoa socorrida, mas também dos familiares, que acabam presenciando todos os acontecimentos, estando diretamente expostos às notícias e situações muitas vezes não experienciadas em sua vida e ainda conseguem mobilizar recursos de enfrentamento psicológico. É possível vislumbrar melhorias frente ao acolhimento e humanização, repercutindo de forma satisfatória no planejamento e cuidado dispensado, visando inseri-los nas tomadas de decisões; orientá-los, acompanhá-los e instrumentalizá-los no acompanhamento e ajuda ao paciente, colaborando com o bem-estar dos envolvidos no processo.</p>
13	<p>MARTINS (2012)</p>	<p>Os sentidos atribuídos pelos participantes para a implementação do acolhimento com avaliação e classificação de risco relacionaram-se à transformação do modelo assistencial e aos limites e desafios para o serviço de urgência. Os participantes mencionaram que antes da implantação desse protocolo, o serviço de urgência e emergência hospitalar era caracterizado por longas filas de espera, superlotação, desorganização do fluxo de atendimento, pessoas que morriam na fila. A demora no atendimento, a baixa resolutividade, a falta de atendimento condizente às necessidades dos usuários e a sobrecarga de trabalho foram mencionadas como fatores geradores de frustração não apenas para os usuários, mas também para os enfermeiros. As mudanças foram percebidas de modo positivo e estiveram relacionadas à organização do serviço, ao tipo de atendimento, à eficiência da equipe e, consequentemente, à melhor atenção ao usuário. Os limites e desafios para implementação do protocolo referem-se à promoção do efetivo acolhimento que envolve tempo, maior disponibilidade para ver, ouvir e informar o usuário. Os enfermeiros destacaram a necessidade do processo de educação continuada para o aprimoramento de competências e habilidades técnicas (avaliação com classificação de risco) e humanas (acolhimento) para cuidar. Entre as dificuldades, mencionaram a falta de resolutividade do serviço de urgência pré-hospitalar fixo (atenção básica), que prejudica o encaminhamento resolutivo para a rede básica de urgência (contra-referência). Os resultados sugerem que o protocolo trouxe organização e definição do acesso ao serviço por nível de prioridade. No entanto, ainda são muitos os</p>

		desafios para o acolhimento e a humanização do cuidar de pessoas que requerem atendimento de urgência no âmbito hospitalar e pré-hospitalar.
14	MATTOS (2012)	Emergiram duas categorias temáticas no estudo: motivações e valores pessoais na construção da qualidade; desafios e obstáculos à prática (preconceito cultural, atitude profissional e falta de apoio logístico). O parto domiciliar urbano está ampliando o seu território de atuação no Brasil. Percebe-se que, mesmo com políticas de saúde que dão respaldo para este procedimento, o parto domiciliar planejado carece de resoluções específicas, de forma que possa ser incluído no sistema público de saúde e possuir aceitação por parte dos convênios, além de mudanças nas atitudes profissionais da categoria mais ampla e nos estereótipos culturais veiculados nas mídias de massa. Do outro lado, são os valores e a convicção do profissional que sustentam a construção da qualidade do seu trabalho e subsidiam as ferramentas para enfrentar e superar os obstáculos e desafios.
15	MEDEIROS (2011)	Como pontos negativos, os trabalhadores percebem o espaço edificado como deficiente no que diz respeito à ergonomia, ao dimensionamento do espaço, ao conforto visual e à circulação do ar. A ausência de contato com a natureza também é vista como deficiência. O conforto visual poderia ser melhorado pela natureza no ambiente, com a criação de um jardim. É fundamental a adequação das cores e da iluminação. As relações interpessoais com o usuário e os colegas são percebidas como boas. Podem ocorrer conflitos dentro da equipe que interferem na assistência prestada, mas são problemas devidos à organização do hospital, que são percebidos como causa de mal-estar dos usuários. Como pontos positivos, os participantes demonstram amor pela profissão e têm consciência da importância do bom relacionamento da equipe e da contribuição de cada um para melhor desempenho das funções. Sem, porém, a falta de participação nas decisões da organização. O trabalho desvela uma dimensão político-gerecinal na maneira como os participantes vivenciam seu ambiente de trabalho. Muitos têm compreensão das falhas no nível do gerenciamento, por isso têm também anseios, críticas e sugestões para oferecer ao gestor da organização. Sentem-se afastados do núcleo de decisões, mas percebem várias maneiras que poderiam amenizar problemas práticos e manejar dificuldades criadas pelas deficiências da estrutura e da administração.
16	PICÃO (2016)	Surgiram três eixos norteadores: ponto de partida, a pessoa no seu contexto e ambiente físico; esses foram construídos a partir de 9 categorias. O “ponto de partida” abarcou vivências e complicações do deslocamento. Grande parte das parturientes apresentou dificuldade no transporte. “A pessoa no seu contexto” descreveu as fragilidades do processo, de sentir-se ou não assistida, valorizada ou negligenciada. As parturientes mostraram-se sensíveis à relação interpessoal com a equipe e a não permissão de acompanhante; contudo, quase todas valorizaram o serviço e o atendimento prestado, mesmo quando o percebiam de forma incompleta. O eixo “ambiente físico” abarcou elementos importantes da ambiência que influenciam a vivência do acolhimento, positiva ou negativamente. Desse modo, concluiu-se que, as políticas e programas de humanização na área obstétrica ainda não atendem às necessidades das parturientes. Falhas em atender às necessidades das parturientes no contexto do parto culminam em desajustes no processo de parto e nascimento. As perspectivas analisadas no estudo mostram que as mulheres são sensíveis a aspectos como relacionamento com

		<p>os profissionais, cuidados centrados na pessoa com suas fragilidades e adequação do ambiente físico. Tais fatores podem implicar positiva e/ou negativamente, a depender da vivência da parturiente. Essas mesmas vertentes, quando relacionadas à prática do enfermeiro podem, também, facilitar ou dificultar a assistência de enfermagem.</p>
17	SILVA (2013)	<p>Constatou-se que, a média de idade foi de 24 anos, com ensino médio, união estável e parto vaginal. As percepções das participantes demonstraram que o pré-parto tornou-se um lugar marcante em decorrência das emoções conflituosas que ali foram vivenciadas; que as mesmas não se sentem acolhidas pela equipe profissional que ali atua, mas que o conforto do espaço físico que elas ocupam e a presença da (o) acompanhante ajudaram a amenizar a ausência de acolhimento das (o) profissionais; quanto ao cuidado, observou-se a superficialidade da assistência de enfermagem, que destinou sua atenção a procedimentos e rotinas técnicas em detrimento da assistência humanizada, além da descaracterização da figura da (o) enfermeira (o), pois se tornou invisível aos olhos das entrevistadas, não conseguindo estas identificar e/ou caracterizar a figura e a função da (o) enfermeira (o) na sala de pré-parto. Os resultados sugerem que a sala de pré-parto é um local marcante pelas emoções conflituosas ali vivenciadas; o acolhimento não é realizado, passando a ser atribuído ao espaço físico e aos acompanhantes; foram encontradas falhas na assistência humanizada preconizada pelo PHPN em decorrência da superficialidade na assistência de enfermagem e a descaracterização da figura da (o) enfermeira (o). Assim, ainda são muitos os desafios das equipes de enfermagem para o acolhimento e a humanização no cuidar de pessoas no ambiente de parturição.</p>
18	VALADÃO (2012)	<p>Na instituição pública, em relação a 2000 e em 2010, há predominância do parto normal. Os partos cesáreos foram realizados em mulheres com idade entre 25 a 34 anos (76%) e o parto normal foram 59% na mesma faixa etária. Em relação à assistência recebida pelas mulheres nas maternidades foi considerada boa com 49% na pública e 51% na particular. Os dados também revelaram que as mulheres aceitam o parto normal nas duas instituições com 100%, porém não o realizam devido à falta de atenção dos profissionais e a dor. Concluiu-se no estudo que, a maternidade pública realiza mais o parto normal do que o cesáreo, mesmo com debilidade na atenção; a privada não está se adequando conforme as políticas públicas, faltando promover a devida capacitação dos profissionais de saúde.</p>
19	VERONESI (2012)	<p>As primíparas sentiram-se em diversos momentos subjugadas a sua condição de inferioridade imposta pelo gênero, foi tratado o poder médico como um instrumento de coerção para com as pacientes, com formas de violência física, psicológica e moral no trabalho de parto e parto. Observou-se, ainda, que as estagiárias do curso de enfermagem demonstraram maior carinho e respeito pelas gestantes, tratando-as com carinho no pré-natal, no trabalho de parto e parto. As primíparas não são orientadas pelos médicos ou enfermeiros para o seu importante papel no momento do nascimento, que é o de fazer força para expelir o feto, bem como não são preparadas para sentir dor e reconhecer o momento do início do trabalho de parto. Não existe comunicação entre os médicos, enfermeiros e pacientes, o que torna o trabalho de parto e parto mais difícil, sendo importante que haja um processo de humanização e acolhimento das primíparas, para que esse importante momento de suas vidas não seja envolto pelo medo e a solidão.</p>

20	ZENHA (2015)	<p>Os usuários não foram devidamente orientados acerca do conceito e da aplicabilidade do acolhimento com classificação de risco nas unidades, e nem sobre os benefícios que esse método proporciona ao Sistema Público de Saúde. Foram encontrados usuários insatisfeitos, porém a maioria se declarou bem atendida pela classificação de risco. Notou-se que alguns, pela recorrência nessas unidades, haviam conseguido decifrar o funcionamento do dispositivo e encontrar formas para antecipação de seu atendimento médico, porém alegam que nunca houve esclarecimento por parte das instituições. Há certa aprovação do acolhimento com classificação de risco por parte dos usuários, pois muitos demonstraram compreender a diferença de gravidade dos que buscam atendimento nas unidades e alegaram ficar mais seguros na espera pelo atendimento médico após serem consultados no setor de acolhimento. A conscientização dos usuários quanto ao funcionamento e objetivos do acolhimento com classificação de risco proporcionou maior compreensão do fluxo das unidades, ao identificar quais atendimentos são de urgência, favorecendo a reorganização do fluxo interno da unidade, apontando uma sutil conscientização acerca da unidade que o usuário deve recorrer em suas necessidades de saúde, além de proporcionar segurança aos usuários e profissionais envolvidos no processo de classificação de risco, assim que esses usuários chegam às unidades de urgência e emergência.</p>
-----------	--------------	--

Apêndice 5

Quadro4 – Dissertações excluídas

	PROGRAMA	AUTOR/ANO	TÍTULO	MOTIVOS DA EXCLUSÃO
1	Ciências da Religião - PUC	Batista (2001)	Presença do sagrado em um momento crítico: internação em uma Unidade de Terapia Intensiva	Fora do recorte temporal
2	FEN - UFG	Lima (2009)	O referencial ético-humanista nos cursos de graduação em enfermagem de Goiânia-GO	Foco do estudo nãoé humanização
3	Ensino na Saúde - UFG	Moraes (2013)	Formação e competências para classificação de risco em urgência e emergência obstétrica	Foco do estudo nãoé humanização
4	Mestrado em Serviço Social - PUC	Morais (2016)	A humanização na área da saúde: uma proposta reflexiva para o Serviço Social	Pesquisa bibliográfica e documental
5	Ensino na Saúde – UFG	Paiva (2013)	Contribuições do Pronto Sorriso na formação do profissional de saúde	O foco do estudo não é humanização
6	FEN-UFG	Pereira (2005)	Análise da implementação de uma abordagem de cuidar de enfermagem junto à mulher no ciclo gravídico-puerperal: uma aproximação do Modelo de Orem, sistemas de classificação da prática de enfermagem e diretrizes de humanização do parto	Fora do recorte temporal
7	Mestrado em Psicologia-PUC	Pitaluga (2014)	Qualidade de vida de mulheres submetidas ao acompanhamento de Doulas	O foco do estudo é qualidade devida

8	Ensino na Saúde – UFG	Rios (2013)	Atenção às urgências odontológicas em unidades de pronto atendimento do Sistema Único de Saúde	O foco do estudo não é humanização
9	Ciências Ambientais e Saúde – PUC	Soares (2005)	Inovação e resistência na implantação do processo de humanização na Secretaria Municipal de Saúde do município de Goiânia-GO, sob as lentes da bioética	Fora do recorte temporal
10	Saúde Coletiva – UFG	Sodré (2015)	Atenção básica ao pré-natal e puerpério no estado de Goiás	O foco do estudo é estratégia de avaliação de acesso - PMAQAB