

## Educação, Escola e Sociedade

### Os desafios para a implementação da humanização como política pública

#### Challenges for the implementation of humanization as a public policy

Patrícia de Sousa Fernandes Queiroz<sup>1</sup>

Márcia Grisotti<sup>2</sup>

#### Resumo

Este trabalho refere-se ao estudo dos desafios da Política Nacional de Humanização (PNH) na atenção e gestão dos serviços públicos de saúde encontrados no discurso dos consultores dessa política e dos trabalhadores e gestores do SUS de um município no Norte de Minas Gerais. Através das entrevistas foi possível identificar que a polissemia que o termo humanização assume nos territórios reforça uma concepção romântica e desloca a perspectiva apresentada pela PNH; a lógica hegemônica de produção de saúde não favorece a democratização institucional; existe uma tensionalidade entre a lógica da PNH e o modo de fazer das outras políticas de saúde. É possível inferir que embora a força instituinte da PNH seja uma ferramenta precípua para a defesa do SUS, ainda é necessária uma articulação com as demais políticas públicas de saúde e um esforço multissetorial para fortalecer a humanização nos mais diversos e singulares territórios, fomentando nos gestores e trabalhadores do SUS um modo mais reflexivo e cogido de executar as políticas de saúde.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Política Pública. Humanização da atenção e gestão.

#### Abstract

This paper refers to the study of the challenges of the National Humanization Policy (PNH) in the care and management of public health services found in the discourse of consultants of this policy and of workers and managers of SUS of a municipality in the north of Minas Gerais. Through the interviews it was possible to identify that the polysemy that the term humanization assumes in the territories reinforces a romantic conception and shifts the perspective presented by the PNH; the hegemonic logic of health production does not favor institutional democratization; There is a tension between the logic of PNH and the way of doing other health policies. It can be inferred that although the instituting force of PNH is a primary tool for the

<sup>1</sup> Mestre em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Norte de Minas Gerais (IFNMG). E-mail: [patricia.fernandes@ifnmg.edu.br](mailto:patricia.fernandes@ifnmg.edu.br). ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4616-1593>.

<sup>2</sup> Doutora em Sociologia pela Universidade de São Paulo (USP). Professora da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: [grisotti@fastlane.com.br](mailto:grisotti@fastlane.com.br). ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0389-7100>.



defense of SUS, it is still necessary to articulate with other public health policies and a multisectoral effort to strengthen humanization in the most diverse and unique territories, fostering managers and SUS workers a more reflective and cogenerated way of implementing health policies.

**Keywords:** Health Unic System. Public policy. Humanization of attention and management.

## INTRODUÇÃO

Hodiernamente, a saúde tem sido tema de debate nos mais diversos setores da população brasileira. A mídia aponta frequentemente ora as mazelas dos serviços, a lotação dos hospitais, o preço dos planos de saúde; ora as inovações tecnológicas, os milagres da Medicina. Em meio a todo esse debate, uma ampla parcela da população queixa-se da falta de cuidado com que tem sido tratada nos serviços de saúde (BARROS e GOMES, 2011).

Percebe-se, portanto, que os avanços tecnocientíficos não foram acompanhados pela humanização dos serviços públicos de saúde e nem tampouco foram suficientes para qualificá-los por completo, uma vez que não são capazes de suplantar as questões éticas e relacionais que permeiam a relação profissional de saúde-usuário, gerando um grande descontentamento.

De acordo com Matias (2012), os problemas relacionados à baixa qualidade da atenção dispensada ao usuário e às condições deficientes nas quais os trabalhadores da saúde atuam, levaram o Ministério da Saúde (MS) no final dos anos 1990 a entender que a humanização do SUS poderia constituir como uma ‘estratégia de enfrentamento’ dessas dificuldades. Assim, em maio de 2000, o MS regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que tinha como objetivo mudar o padrão de assistência oferecido aos usuários dos hospitais públicos brasileiros.

Em 2003, o MS lança a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH) que passa a incorporar além dos hospitais, todos os outros níveis de atenção à saúde do SUS. Conforme aponta Brasil (2004a), a partir desse momento, a humanização passa ser vista como uma das dimensões fundamentais para a construção de uma política de qualificação do SUS, não podendo ser compreendida apenas como um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas, sim, como uma política que opera transversalmente em toda a rede SUS.

O documento-base para gestores e trabalhadores do SUS aponta que a PNH, como um movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão; possui 03 princípios a partir dos quais

se desdobra enquanto política pública de saúde, a saber: (1) transversalidade; (2) indissociabilidade entre atenção e gestão e (3) protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos.

Como política pública, a humanização reafirma princípios outrora apresentados na Lei Orgânica de Saúde, a lei 8080. Santos-Filho (2007) corrobora com essa perspectiva ao afirmar que 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.

Este trabalho é parte de uma pesquisa que objetivou analisar os avanços, paradoxos e desafios da PNH na atenção e gestão dos serviços públicos de saúde no discurso dos consultores da PNH e dos trabalhadores e gestores do SUS de um município localizado no Norte de Minas Gerais. Neste estudo apresentaremos os resultados referentes ao entendimento e a experiência dos trabalhadores e gestores do SUS do referido município sobre a humanização e a sua articulação na execução da política de saúde local e a análise dos fatores facilitadores e dificultadores da capilarização da PNH nas práticas de atenção e gestão sob o ponto de vista dos Consultores da política do MS.

## DESENHO METODOLÓGICO

Para esta pesquisa foi utilizada uma abordagem qualitativa dos dados. Para a formação do grupo composto pelos consultores da PNH foi utilizada uma amostragem não probabilística em bola de neve ou *snowball*. O convite para a participação da pesquisa foi enviado para o endereço eletrônico de 18 consultores, sendo que apenas 10 responderam ao contato e aceitaram participar do estudo. Os consultores foram identificados ao longo deste trabalho através da letra **C** seguida de números de **1** a **10**, como, por exemplo, **C1**, **C2**... **C10**.

Para a formação do grupo composto pelos trabalhadores do SUS foi seguida a orientação de Minayo (2000) que afirma que o critério de escolha para uma amostragem na pesquisa qualitativa não é o numérico, sendo necessário privilegiar os atores sociais que detêm os atributos que o pesquisador pretende conhecer, refletindo a totalidade em suas múltiplas dimensões, ou seja, o critério de escolha dos informantes está relacionado mais com a qualidade dos dados emitidos por pessoas chaves do que com a quantidade de relatos. Com esta perspectiva, foram entrevistados 14 profissionais de saúde, sendo 05 enfermeiros (identificado

pela letra **E** seguido dos números de **1 a 5**); 06 Técnicos em Enfermagem (identificados pela letra **TE** seguido dos números de **1 a 6**); 03 Médicos (identificados pela letra **M** seguido dos números de **1 a 3**) e 03 gestores municipais de saúde (identificados pela letra **G** seguido dos números de **1 a 3**).

A coleta de dados apoiou-se em uma entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados conforme os parâmetros apresentados por Bardin (2011), sendo utilizados “três polos cronológicos” sugeridos pela autora: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE), em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS. As pessoas envolvidas foram informadas sobre os objetivos, metodologia, riscos, benefícios do estudo e confidencialidade das informações e, após aceitarem participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## **HUMANIZAÇÃO COMO UM PROBLEMA CONCEITUAL: MOVIMENTO DE MUDANÇA DE MODELOS X CONCEPÇÃO ROMÂNTICA**

De acordo com Benevides e Passos (2005b), para ganhar a força necessária que dê direção a um processo de mudança que possa responder aos justos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde, a humanização impõe o enfrentamento de dois desafios: conceitual e metodológico. Os autores apontam que, do ponto de vista conceitual, a concentração temática aponta certo ‘modismo’ que padroniza as ações e repete formas de funcionar de maneira sintomática. Dessa forma, no lugar de propor mudanças das práticas de saúde, essa noção paralisa e reproduz sentidos estabilizados, sendo necessário, portanto, forçar os limites do conceito resistindo ao seu sentido ora instituído.

Percebe-se que a concepção muito aberta do que é humanização permite que coexistam nos serviços de saúde uma diversidade de conceitos que nem sempre vão ao encontro da humanização pretendida pela PNH. Como menciona **C4** “*esse conceito de humanização ele é muito polissêmico, naturalmente polissêmico*”.

Sobre isso, Deslandes e Mitre (2009) apontam que a humanização, de fato, já conta com um acúmulo de representações no campo de saúde. Deslandes (2004, p. 08) sugere que questionamentos como “o que designa humanizar?”, “subentende-se que a prática em saúde era

(des)humanizada ou não era feita por e para humanos?” revelam o grau de estranhamento que este conceito ainda provoca em tempos hodiernos.

Sobre a ideia da humanização como uma estratégia de humanizar o ser humano ou enquadrá-lo em um determinado padrão, **C2** elucida que

*(...) na PNH a gente fala da humanização dos processos, das práticas da atenção e da gestão em saúde. Então quando a gente fala da humanização, a gente não fala da humanização das pessoas, a gente fala da humanização de práticas.*

De acordo com Santos Filho *et al.* (2009), a PNH procura resistir ao que se concebe como ‘homem ideal’, uma vez que a humanização não é um processo que visa a aproximar os diferentes sujeitos de um determinado modelo padrão. A humanização está voltada para homens e mulheres comuns que compõem o SUS e produzem o cotidiano dos serviços de saúde. É no encontro entre estes sujeitos concretos, situados, que a política de humanização se constrói. Esse ponto de vista é identificado na declaração de **C8**

*(...) então humanizar não é você achar que existem pessoas mais ou menos humanas, mas que existem práticas desumanas. (...) o humano que a PNH propõe não é um homem ideal, mas incluir toda diversidade, toda diferença, toda singularidade que compõe o humano, né! Então o humano aí é um humano necessariamente diferente um do outro, a questão da alteridade, a questão da singularidade, a questão dos diferentes modos de vida, das diferentes estruturas, então é o humano que não é um humano essencial, transcendental, mas é um humano da diferença, né!*

Excluindo-se, portanto, a possibilidade de uma política que humanize o homem, que de pronto já é humano, buscamos compreender o conceito de humanização, tomando como referência o que os consultores da PNH expuseram sobre humanização ao responderem o que consiste humanizar a atenção e gestão dos serviços de saúde. Dar significado ao termo ‘humanização’ a partir da fala dos consultores é uma forma de analisar em que medida as suas falas estão conectadas, uma vez que existem dezenas de consultores distribuídos nas diferentes regiões do Brasil, as quais apresentam cenários sanitários singulares e compreensões distintas acerca da humanização.

Embora, à primeira vista, possa parecer uma pergunta simplista ou talvez óbvia demais para ser discutida com um consultor que apoia a PNH, essa questão comporta uma certa complexidade, uma vez que as diferentes compreensões de humanização disputam sentido com a humanização pretendida por essa política. Isso pode ser observado através da fala de **C3**:

*Na verdade, essa é uma pergunta bastante difícil, se ela está se espalhando em diversos lugares por onde você anda, você pode ver que não é pergunta tão fácil da gente conseguir responder. Se fosse, a gente não teria depois de 10 anos da política de humanização ainda pessoas fazendo essa pergunta. Que é uma pergunta que tá aí, feita não só especificamente para quem trabalha com a PNH, mas uma pergunta que inquieta todo mundo que trabalha com o SUS e se depara em algum momento com a humanização.*

De acordo com **C5** “o nome Política de Humanização é um nome infeliz porque muita gente acha que humanização é respeitar, dar bom dia, boa tarde, boa noite, pintar o serviço de rosa pra tá bonito e tal”. **C6** reitera esse impasse ao declarar que “(...) se a gente pensar o próprio nome, o termo, o conceito humanização então assim... ele não é suficiente pra demonstrar tudo isso, toda essa complexidade que a gente propõe”. **C4** menciona que a PNH ainda não conseguiu reverter a lógica da discussão da humanização nos serviços de saúde e reconhece que “(...) não conseguimos fazer essa disputa de sentido. A humanização ainda é vista pela grande maioria como um conceito ainda muito superficial e restrito as boas práticas do humano, entendeu?”.

Mori e Oliveira (2009) afirmam que para os formuladores da PNH, a humanização não se restringe a ‘ações humanitárias’ e não é realizada por seres humanos imbuídos de uma ‘bondade supra-humana’ na feitura de serviços ideais. A PNH, portanto, assume o desafio de ressignificar o termo humanização e, ao considerar os usos anteriores, avalia o que se deve recusar e o que é importante conservar para reconstruir um novo conceito desvinculado da ideia de voluntarismo, assistencialismo e paternalismo.

Sobre isso **C10** afirma que “(...) a política ela vem tentar desmitificar e desconstruir essa abordagem da humanização que a gente... eu chamo de romântica que, na verdade, tem uma certa ingenuidade, uma certa... a gente vê isso demais”. Percebe-se que desvincular esse caráter ‘romântico’ da humanização ainda é um desafio para iniciar uma efetiva discussão sobre o tema nos moldes da PNH. Vale ressaltar que, embora importante, a incorporação de atitudes ‘românticas’ de humanização nos serviços de saúde, por si só, não dá conta de alterar os modelos de atenção e gestão.

Esse desafio conceitual pontuado pelos consultores pôde ser percebido nas falas dos trabalhadores do SUS que foram entrevistados no município norte-mineiro. O entendimento sobre humanização desses participantes estava muito atrelado à ideia do acolhimento e a práticas de cunho cristão como ‘colocar-se no lugar do outro’, como pode ser observado a em algumas falas colocadas em destaque a seguir:

*(...) humanização eu entendo que tentar ver a pessoa, entender a pessoa como um todo e atender ela da forma mais tranquila, paciente, carinhosa, buscando vincular também, né, buscando vínculo com a pessoa e isso é muito importante aqui no PSF. (M1).*

*É você olhar pro outro como se você tivesse no lugar dele, né! (...) A gente tem que tratar o paciente bem pra acabar como se fosse como a gente quisesse ser tratado, né. (TE2).*

*Humanização é você atender o outro de forma a atender os seus direitos, como o usuário tem direito a saúde e também me colocar no lugar do outro. Qualidade, né, atenção, carinho. (TE3).*

Os gestores da área de saúde entrevistados também expressaram a sua concepção acerca da humanização dos serviços de saúde, evocando um sentido ao mesmo tempo romântico e pragmático:

*Basicamente é isso, eu conseguir fazer a minha oferta de serviço acontecer sem que gere unicamente os números. Eu conseguir identificar que meu cliente, ele precisa de um pouco mais do que aquilo que o Ministério [da Saúde] taxe como meta. Eu tenho que entender saúde de uma forma mais ampla, ver o cliente de uma forma mais holística, oferecer aquilo que ele precisa de acordo com as suas diferenças. (G1).*

*Pelo que eu entendo de humanização não é voltado simplesmente pras pessoas que atende, mas da pessoa que tá ali fazendo a limpeza até o médico, todo mundo tem que fazer parte desse processo pra entender que ali não é um paciente e, sim, um cliente que ele pagou, porque o SUS paga! E ele deve ser bem atendido, ele deve ser bem acolhido. Isso infelizmente a gente não tem. (G2).*

A partir dessas falas é possível perceber a dificuldade de compreender a humanização enquanto política pública e a ambivalência que envolve esse termo. De acordo com **C4**, a implementação do termo está relacionada com a permeabilidade das instituições receptoras em trabalhar com as diferenças culturais, com a transdisciplinariedade e transversalidade na atenção e gestão do SUS.

*Não vai haver um processo de humanização enquanto as instituições não forem mais permeáveis às diferenças, às outras culturas, a um trabalho mais transdisciplinar, a uma gestão mais horizontalizada, mais transversal, na verdade, mais do que ser horizontalizada é ser transversal no sentido de produzir lateralidade, espaço de encontro, de trocas, de misturas, de linhas de mando, de poder, desse poder ser trabalhado mais lateralmente (C4).*

Percebe-se que além do desafio conceitual imposto e, conseqüentemente, a imperiosa necessidade de forçar o conceito para além da concepção romântica enraizada, há um desafio metodológico que se torna ainda mais complexo devido à própria incompreensão e/ou

desconhecimento do sentido oferecido pela PNH ao termo humanização. De acordo com Benevides e Passos (2005b, p. 391), “a Política de Humanização só se efetiva uma vez que consiga sintonizar “o que fazer” com o “como fazer”, o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade”.

Para além da ressignificação do conceito que já demanda um enorme esforço, pois é a partir disso que será possível incluir atenção e gestão no processo de transformação da realidade pretendida pela PNH, ainda é necessário construir a cada intervenção um ‘modo de fazer’ que atenda as especificidades do território. Não há uma ‘receita de bolo’. É com e através dos sujeitos e com as forças e fluxos de um dado território que se faz a mudança dos processos que envolvem a produção de saúde e que se efetiva a PNH.

## **OS PROBLEMAS ENFRENTADOS PELOS APOIADORES NA CAPILARIZAÇÃO DA PNH**

Como dito anteriormente, a PNH já enfrenta um desafio de ordem conceitual, porém, como qualquer política, acreditávamos que a PNH também enfrentasse problemas para capilarizar os seus princípios e implementar os seus dispositivos. Para confirmarmos essa hipótese, perguntamos aos consultores entrevistados quais os principais problemas para a capilarização da PNH nos territórios. Serão elencados a seguir, os desafios destacados e enfrentados por esses consultores em suas atividades de apoio:

### *❖ As forças e fraquezas da não institucionalização da PNH*

A PNH foi lançada em 2003 pelo MS sem nenhuma portaria que a instituísse, sendo considerada, portanto, uma política transversal e inclusiva que objetiva fortalecer o SUS, sendo que a sua entrada na rede SUS ocorre por adesão dos sujeitos envolvidos na produção de saúde (MORI e OLIVEIRA, 2013). Portanto, a PNH não é uma política que é imposta para estados e municípios através de uma portaria, já que seria, mais uma vez, reproduzir a lógica hegemônica de verticalização dos processos decisórios a nível central. De acordo com **C1** a não institucionalização da PNH através de uma portaria foi algo pensado estrategicamente e, em sua avaliação, é o que garante a existência da PNH até hoje. Sobre isso **C10** menciona que:

*(...) a proposta foi não criar uma portaria por entender que a política não tinha sentido ser imposta como uma portaria. A política não trabalha assim. Ela propõe, abre essa discussão, cria coletivos, discute diretrizes, dispositivos, intervenções, mas, por adesão, não por imposição. É marca da política, né!*

Diferentemente de outras políticas que são criadas em gabinetes e empurradas ‘goela abaixo’ independente das demandas e heterogeneidades territoriais, a PNH pretende ser uma política instituinte e construída a partir de e com os coletivos. Desvincilhando-se dessa concepção autoritária de implementação de política, a PNH se apresenta nos territórios mediante encomenda de seu apoio, ou seja, estados e municípios se interessam pela aposta da PNH e pactuam o apoio junto ao Ministério da Saúde. **C5** discute esta questão:

*Veja, se a gente aposta nas pessoas como é que a gente vai lá sem ser chamado. Como que a gente vai apostar nas pessoas, se ninguém lá quis, vai parecer que é uma intervenção vertical do MS. Tipo ‘vimos os indicadores de vocês e gente vai intervir aqui, beleza! Venham para a nossa reunião’. A PNH não funciona assim, porque a gente precisa incluir as visões daquele território.*

A maioria dos consultores entrevistados ressaltou que a ausência de uma portaria é fulcral para o fortalecimento do caráter instituinte da PNH. Contudo, na fala de **C7** é possível perceber a complexidade que envolve essa discussão. Mas é importante destacar que, embora a ausência de normatização seja coerente com o que a PNH propõe, a organização e a verticalização das relações da sociedade e das instituições dificultam a permeabilidade de uma política que entra nos espaços por adesão e que pretende alterar os modos de produzir tanto da gestão quanto do cuidado em saúde:

*(...) por outro lado, tem uma beleza muito grande em tudo isso, porque no momento que a gente não institui de uma maneira única uma portaria ou uma normativa única e sim opta por ter diretrizes de trabalho, as pessoas podem criar, e esse é o sentido principal da humanização, tentar a criação, tentar novos espaços, fazer diferença. Eu acho que fica sempre esse jogo duplo, sabe, mas eu ainda tendo a olhar pelo lado mais positivo.(C7).*

A não institucionalização da PNH através de uma portaria realmente marca a força instituinte dessa política, mas também delineia um desafio. Além do mais, o não repasse de recursos financeiros para os estados e municípios afasta a política da concordância de gestores ou, simplesmente, a mantém silenciada. No município selecionado para o estudo, por exemplo, dos 03 gestores que foram entrevistados, 01 afirmou desconhecer por completo a PNH e os demais tinham um conhecimento superficial do que se trata a política.

Percebe-se que são muitos os enfrentamentos para implementar uma política com as especificidades da PNH: não é legitimada por uma portaria ministerial, não conta com repasse financeiro e ainda vai na contramão da racionalidade gerencial hegemônica. Como menciona **C10**: “(...) *A PNH é bonita, mas difícil, é muita luta, né!*”.

❖ *Cultura autoritária e poder biomédico como cerceadores da humanização*

De acordo com Campos (2003) a Medicina ainda exerce um importante controle social sobre a maioria das pessoas. No entanto, percebe-se um grau cada vez maior de alienação, afastamento, desinteresse dos seus agentes em relação aos sujeitos que dependem de seus cuidados, além de uma fixação em procedimentos técnicos padronizados, dificuldade para escutar queixas e de comunicar qualquer coisa além da sequência automática de procedimentos. Apesar disso, ainda é grande a capacidade da Medicina de influenciar o imaginário social. O autor supõe que essa importância e influência podem estar relacionadas à articulação da clínica com a mídia e com o complexo médico-industrial e, também, pela sua função social de adversários da morte e do sofrimento, mesmo que, muitas vezes, pautada em uma clínica degradada.

Pasche (2009) afirma que a cultura sanitária biomédica associa a saúde à ação médica e ao acesso a remédios e hospital, permitindo a medicalização da vida. Campos (2003) aponta que a medicina trabalha com a “ontologização das enfermidades”, como se a doença representasse todo o corpo e toda a personalidade do ser doente, como se a sua essência fosse completamente esvaziada pela doença. Em relação a esse aspecto, na esfera da prática **C4** menciona que

*(...) o poder médico ainda é muito forte pra discutir clínica ampliada, trabalho em equipe, ainda é muito forte, então isso é um desafio, isso é um obstáculo. (...) Pra outro modelo de cuidado ainda há um poder muito médico, ainda somos muito médico-centrados, apesar do Saúde da Família estar sempre enfatizando a equipe e tal. Ainda temos toda uma tradição, tanto o usuário que demanda o médico e que não quer conversar com o enfermeiro, que não quer conversar com o agente comunitário quando tá com uma necessidade de saúde quanto as próprias pessoas da equipe, né, que se mantém numa relação muito hierarquizada, verticalizada, colocando o médico lá em cima e os demais profissionais lá embaixo.*

Foucault em uma conferência realizada no Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro (UERJ) em 1974 trata do aparecimento do hospital como tecnologia médica. Nessa oportunidade, Foucault menciona que o ponto de partida da reforma hospitalar não foi o

hospital civil, mas os hospitais marítimos e militares. A reorganização desses hospitais se fez por intermédio da disciplina, aqui entendida como ‘técnica de exercício de poder’, sendo essa técnica confiada ao médico.

Nesse âmbito, Tesser (2009) afirma que o comum autoritarismo médico pode ser interpretado como uma herança cultural e psicossocial enraizada no próprio proceder médico, talvez amplificada pela subcultura médica do hospital, o qual é, nitidamente, autoritário desde seu nascimento enquanto instituição médica. Afirma ainda que o aprendizado da clínica nos hospitais foi e continua sendo uma força importante no “processo pedagógico-iniciático”, uma vez que a permanência durante vários anos de formação numa instituição autoritária é essencial para a introjeção da arrogância e do autoritarismo em muitos médicos.

Além do entrave do poder biomédico, **C4** também menciona que a nossa tradição autoritária e a nossa base cultural escravocrata é um obstáculo para se discutir democracia institucional.

*(...) tem uma cultura escravocrata, essa cultura ‘alguém tem que me servir e fazer aquilo que eu quero, que eu mando’. Nós vemos muito isso na gestão, seja gestores de unidade, seja gestores prefeitos, seja gestores secretários de saúde, com essa tradição muito autoritária. (C4).*

Rios (2009) afirma que existe na área da saúde uma violência institucional decorrente da falta de sensibilidade e de valores humanísticos que produz, conseqüentemente, relações sociais marcadas pela sujeição dos indivíduos. Diante de uma cultura institucional de violência, a humanização surge como uma resposta espontânea a um estado de tensão, insatisfação e sofrimento tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes. A autora considera que a discussão da humanização tornou-se tão relevante para a transformação dos serviços públicos de saúde que o próprio MS criou a PNH com foco na mudança da cultura institucional e dos processos de gestão e organização do trabalho.

#### ❖ *A democratização institucional como ameaça*

*O outro desafio é a construção dessa gestão participativa, colaborativa, compartilhada, que a gente chama de cogestão no dia a dia ali de trabalho, produzindo efeitos na mudança dos processos de trabalho com a participação dos trabalhadores. (C10).*

Esse desafio foi também citado ou confirmado por outros consultores. De fato, o que se observa na tela da saúde brasileira, salvas as exceções, são gestões verticalizadas e com pouco espaço para discussão e inclusão dos sujeitos que estão envolvidos na produção de saúde, dessa forma, a resistência imposta pelos gestores à entrada da humanização em seus espaços de gestão é, em certa medida, esperado, uma vez que a democratização institucional pretendida pela PNH não é desejável em instituições autoritárias e totalizantes.

Aparentemente, para os gestores a democratização dos processos coloca em risco o seu papel como líder. Essa visão autoritária e demasiadamente arcaica de que o bom líder é aquele que conduz os seus subordinados com mãos de ferro, faz com que o gestor mantenha sob o seu controle todos os processos sem nenhuma ou pouca interferência dos seus liderados. **C10** menciona que *“uma demanda muito forte dos trabalhadores é essa ausência de espaço e de convite a eles, aí é uma luta quase que diária pra que a gente consiga uma gestão mais democrática”*.

De acordo com Machado (2007), mais do que um administrador, o gestor do SUS é a autoridade sanitária cuja ação política e técnica deve estar pautada pelos princípios da reforma sanitária brasileira e tem por responsabilidade conduzir as políticas de saúde segundo as determinações constitucionais e legais do SUS. Afirma ainda que atuação política do gestor do SUS se expressa em seu relacionamento constante com diversos atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes, formais e informais.

As resistências apresentadas até o momento dão conta de ambientes mais micropolíticos, como instituições e governos locais, porém resistências no campo macropolítico também existem. Muitos consultores mencionaram que existe certa tensão entre a PNH e o próprio Ministério da Saúde como pode ser observado nas falas a seguir:

*(...) a PNH dentro do Ministério [da Saúde] é uma área muito pequenininha, então ela nunca é convidada numa relação com outra política pública a disputar o poder, ela é sempre convidada a contribuir com alguma coisa e às vezes ela é demandada como também ‘tarefeira’, sabe! (...) Existe inclusive anti-PNH no SUS como todo, né, que ‘imagina, fazer cogestão? Se eu fizer cogestão eu não coloco em prática o meu modelo de atenção’. (C3).*

*Aí a gente tem mais resistência [referindo-se ao Ministério da Saúde]. Aí eu tô falando bem do lugar de dentro do Ministério [da Saúde]. (...) Boicotes mais rasos assim... não marcar reunião, não arrumar tempo para conversar com a humanização, reclamar que a humanização fala demais e faz de menos. Coisas que mostram essa resistência. Mas, isso está melhorando também! Mas é difícil, é bem difícil! (C7).*

As dissonâncias e incongruências da PNH dentro dos espaços micro e macropolítico mostram a vulnerabilidade dessa política e o quanto ainda é necessária a sua expansão, o seu (re)conhecimento e fortalecimento nos estados, municípios e, paradoxalmente, para dentro do próprio Ministério da Saúde.

Como fora discutido anteriormente, a PNH é uma política que não é garantida por portaria e isso intensifica os desafios, uma vez que é necessária que ocorra uma adesão, uma encomenda da PNH para que ela possa adentrar oficialmente no espaço através da tecnologia do apoio. Assim, é preciso se colocar com mais clareza nos territórios e elucidar o método de fazer PNH através da qualificação e fortalecimento do diálogo com os gestores, trabalhadores do SUS e usuários, além de promover o desmantelamento dessa concepção autoritária de gerir os processos de saúde que trava toda uma engrenagem de mudança que poderia reverberar em um cuidado qualificado, equânime, integral e participativo.

## **CONSIDERAÇÕES**

Apesar do potencial transformador das práticas de atenção e gestão que a PNH oferece para a consolidação do SUS, a sua efetivação ainda enfrenta grandes desafios, uma vez que a lógica hegemônica de produção de saúde encontra-se alicerçada num modelo autoritário, em que os poderes instituídos demasiadamente engessados não favorecem a autonomia e o protagonismo dos sujeitos nem tampouco a democratização institucional.

Nesse sentido, destacar não somente os avanços, mas, sobretudo, os desafios e paradoxos para a implementação da PNH é, em certa medida, uma forma de fortalecer a própria política, uma vez que para criar estratégias de enfrentamento não basta apenas explorar as potencialidades, é necessário também identificar as fragilidades que limitam o processo. Como afirma Feuerwerker (2002, p. 21), “na construção da possibilidade de mudar, no próprio processo de mudança em sua consolidação, é preciso ativamente acumular poder a favor e diminuir a capacidade de ação das forças contrárias”.

O discurso dos consultores evidenciou os méritos da PNH, mas também os seus gargalos e ineficiências. Muitos dos desafios apresentados fazem parte do jogo das políticas públicas, outros, entretanto, falam das disputas entre uma lógica gerencial verticalizada e uma nova forma de gerir pautada nos princípios da democratização institucional. Assim, podemos considerar que a desestabilização dos poderes instituídos é o principal desafio que os consultores da PNH,

trabalhadores de saúde e usuários devem enfrentar para a (re)construção de um sistema público de saúde mais lateralizado, sensível a participação dos sujeitos e movimentos sociais no processo de produção de saúde e atento às singularidades que circunscreve os territórios e os seus processos.

No que tange o conceito da ‘humanização’, ficou evidente a polissemia que este termo assume através da fala dos trabalhadores e gestores de saúde do município norte mineiro que, com maior frequência, o relacionou com o acolhimento, restringindo-se a dimensão do cuidar. Dessa forma, a ressignificação do termo é essencial para que o movimento da humanização das práticas de atenção e gestão seja desviado de uma possível idealização do humano e passe a ser compreendido como um processo de caráter instituinte e que se constrói coletivamente através da inclusão dos diferentes sujeitos envolvidos na produção de saúde.

Uma proposta com a robustez da PNH pressupõe embates e disputas de poder acirradas para que possa, de fato, reverter uma lógica já naturalizada nos serviços de saúde. Logo, a PNH, por si só, não dará conta de suplantar tantos entraves, sendo fulcral, portanto, esforços multissetoriais para a criação de propostas exequíveis que permitam a reconstrução do modelo de saúde, tornando o SUS, de fato, universal, integral, equânime e “humano”.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, Maria Elizabeth Barros; GOMES, Rafael da Silveira. **Humanização do cuidado em saúde**: de tecnicismos a uma ética do cuidado. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 23, n. 3, p. 641-658, set./dez., 2011.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo (b). **Humanização na saúde**: um novo modismo? *Comunic, Saúde, Educ.*, v. 09, n. 17, p. 389-394, mar./ago., 2005.

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

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003, 185p.

DESLANDES, Suely Ferreira e MITRE, Rosa Maria de Araújo. **Processo comunicativo e humanização em saúde**. *Comunic., Saude, Educ.* Rio de Janeiro, v. 13, supl 01, p. 641-9, 2009.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar**. *Ciênc. saúde colet.*, v. 09, n. 01, p. 7-14, 2004.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sergio (Org.) **Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação**. São Paulo: Hucitec, 2011, p. 99-113.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 7ªed. Rio de Janeiro: Ed Forense Universitária, 2013.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Configuração Institucional e o Papel dos Gestores no Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; MOURA, Ana Lúcia de. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MATIAS, Maria Claudia Souza. **A dimensão ético-política da Humanização no discurso de egressos da Formação de Apoiadores Institucionais de Santa Catarina**. 2012. 119f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed, Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2000.

MORI, Maria Elizabeth; OLIVEIRA, Olga Vânia Matoso de. **Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF), Brasil**. Interface, 2013.

MORI, Maria Elizabeth; OLIVEIRA, Olga Vânia Matoso de. **Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato**. Comunicação Saúde Educação, v.13, supl.1, p.627-40, 2009.

PASCHE, Dário Frederico. **Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar**. Interface, v. 13, supl. 1, p. 701-708, 2009.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da Humanização na Saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Ed Áurea, 2009.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GOMES, Rafael da Silveira. **A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde**. Comunic., Saúde, Educ., Rio de Janeiro, 2009, v.13, supl.1, p.603-13.

TESSER, Charles Dalcanale. **Três considerações sobre a “má medicina”**. Comunic., Saúde, Educ., Rio de Janeiro, v.13, n. 31, p.273-86, 2009.

**Artigo recebido em: 20/05/2018**

**Artigo Aceito em: 29/07/2018**