A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: um breve debate acerca dos significados da humanização na PNH.

Suene da Silva Rodrigues[1]

RESUMO

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi implantada em 2003 após um processo de revisão do Programa Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar (PNHAH), sendo caracterizada enquanto uma política transversal ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os significados do termo humanização utilizado na política devem ser analisados com cautela, levando em consideração o contexto histórico, social, econômico e político em que a mesma surge que é um momento de avanço do neoliberalismo e período de contrarreformas no Brasil. Além disso, há um processo de privatização, terceirização e também de cortes no financiamento das políticas sociais. Todos estes elementos irão contribuir na construção dos significados da humanização na PNH, que carrega em seu cerne reflexos da conjuntura em que foi instituída.

Palavras-chave: Política Nacional de Humanização, significados da humanização, Neoliberalismo.

ABSTRACT

The National Humanization Policy (PNH) was implemented in 2003 after a review process of the National Program for Humanization and Hospital Care (PNHAH), being characterized as a transversal policy to the Unified Health System (SUS). The meanings of the term humanization used in the policy should be analyzed with caution, taking into account the historical, social, economic and political context in which it arises, which is a time of advancement of neoliberalism and a period of counter-reforms in Brazil. Furthermore, there is a process of privatization, outsourcing, and also cuts in the financing of social policies. All these elements will contribute to the construction of the meanings of humanization in the PNH, which carries at its core reflections of the conjuncture in which it was instituted.

Keywords: National Humanization Policy, meanings of humanization, Neoliberalism.

1 INTRODUÇÃO

[1] Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Maranhão- UFMA, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas- PPGPP. Bolsista da FAPEMA. E-mail: suenerodriguess2@gmail.com/ suene.rodrigues@discente.ufma.br.

A legitimação da Política Nacional de Humanização no SUS é fruto de debates que foram desenvolvidos na saúde ao longo de anos, sendo a mesma resultante de questionamentos relacionados à qualidade dos serviços oferecidos para a população. Esses questionamentos tinham como foco tanto o relacionamento intersubjetivo entre profissionais, usuários e gestão quanto o dilema que envolvia o uso da tecnologia, que poderia colaborar para uma possível desumanização nos processos de trabalho no campo, passando a não perceber os sujeitos em sua complexidade.

Para haver uma melhor compreensão acerca dos significados da humanização na PNH, é essencial o entendimento de como se deu o seu surgimento, sendo assim importante a abordagem sobre seus aspectos históricos ressaltando-se os motivos de sua criação e de que maneira a mesma se organiza. A PNH vai se apresentar como uma solução para as dificuldades enfrentadas pelo SUS, visando trazer qualidade e mudanças na cultura do atendimento. Para abordar sobre a humanização na saúde visando analisar o termo para além de sua aparência, é necessária uma postura crítica que considere pontos essenciais para compreender sua essência.

O conhecimento aprofundado sobre a conjuntura e o modelo de organização socioeconômico se faz indispensável, pois somente desta maneira pode-se obter elementos necessários para uma aproximação com a realidade vivenciada pela saúde pública brasileira e sua relação com a política de humanização, que irá facilitar o processo de desvelamento dos significados do termo humanização utilizado na PNH, que se mostrará bastante interligado ao o próprio avanço Neoliberal no Brasil e também a contrarreforma feita no país.

2 A IMPLANTAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO NO SUS

Tida como um dos focos do debate na 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada nos anos 2000, a humanização se concretizou enquanto programa no Ministério da Saúde neste mesmo ano com o nome de Programa Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar (PNHAH). Pode-se perceber como

preocupação, em primeira instância, a qualidade do atendimento ao usuário e a valorização do trabalhador. A PNHAH acaba por ser fruto da descrença, por parte da população, no SUS devido aos “problemas” em sua execução. O Programa foi tido como bastante singular e tinha como principal objetivo a formação de uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil. (DESLANDES, 2004). Segundo o Ministério da Saúde em seu documento oficial sobre o Programa:

> O Ministro da Saúde, José Serra, ao identificar o número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais, tomou a iniciativa de convidar profissionais da área de saúde mental para elaborar uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde. Estes profissionais constituíram um Comitê Técnico que elaborou um Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, com o objetivo de promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil.[...] Esta nova cultura reflete um desejo, por parte das organizações de saúde e dos usuários, de um novo modo de ser e fazer nos serviços de saúde pautados no respeito à vida humana. (BRASIL, 2001, p. 9-11).

Baseando-se em Deslandes (2004), aponta-se enquanto eixos discursivos dentro do programa: a humanização enquanto oposição à violência; a humanização como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando-se a tecnologia ao fator humano; e em última instância, mas não menos importante, a humanização como melhoria das condições de trabalho. Percebe-se que o fator humanização aparece interligado enquanto oposição à violência, ao uso equivocado da tecnologia e a melhoria e qualidade do trabalho, que se daria por meio da melhoria da infraestrutura e valorização dos profissionais.

A humanização passou assim a fazer parte da agenda política sob a forma de Programa de Humanização nos períodos de 2000 a 2002. Apesar de sua legitimação ainda era alvo de discussões, sendo defendidas por alguns trabalhadores e usuários e desprezada por boa parte dos gestores, que viam pouca importância na execução da mesma. Com o objetivo de implantar a PNHAH nos hospitais, com a tentativa de sanar a chamada crise do modelo de saúde do SUS, foram feitas ações voltadas para a criação de comitês de humanização. Como afirmam Benevides e Passos (2005):

> [...] De 2000 a 2002, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador. Tais iniciativas encontravam um cenário ambíguo em que a humanização era reivindicada pelos usuários e alguns trabalhadores e, no mínimo, secundarizada (quando não banalizada) pela maioria dos gestores e dos profissionais. Os discursos apontavam para a urgência de se encontrar outras respostas à crise da saúde, identificada por muitos como falência do modelo SUS. A fala era de esgotamento. De fato, cada posição neste debate se sustenta com as suas razões. Por um lado, os usuários por reivindicarem o que é de direito: atenção com acolhimento e de modo resolutivo; os profissionais, por lutarem por melhores condições de trabalho. [...] Por outro lado, os críticos às propostas humanizantes no campo da saúde denunciavam que as iniciativas em curso se reduziam, grande parte das vezes, a alterações que não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 389).

Havia desta maneira a defesa pelos trabalhadores por condições de trabalho mais “humanizadas”, buscando uma melhor infraestrutura e valorização dos profissionais. Já os usuários defendiam a perspectiva de uma melhor qualidade nos atendimentos, um acolhimento mais humanizado que levasse em conta seus aspectos mais singulares lhe dando a devida atenção. Por outro lado, havia também aqueles que tratavam a humanização enquanto elemento desnecessário, sendo a mesma incapaz de solucionar os verdadeiros problemas do sistema que estavam concentrados nos modelos de gestão e de atenção à saúde. Nota-se que o cenário em que a humanização ganha enfoque é ambíguo e cheio de contradições, o que acabou gerando dúvidas se a mesma seria o melhor caminho para a melhoria da política de saúde brasileira. Era um cenário em que o SUS era tido como um sistema falido e a humanização se apresentava como solução. Porém, como é percebido, não foi passivamente aceita. Foi defendida por um lado pelos usuários e trabalhadores e criticada, por outro lado, pelos críticos da humanização que defendiam que o enfoque para a superação dos problemas no SUS deveria ser a gestão do mesmo. Importante ressaltar que apesar do devido destaque ao Programa Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar, este não se resume enquanto única tentativa de implantação da humanização na saúde.

> [...] Vale destacar que entre os anos 1999 e 2002, além do PNHAH, algumas outras ações e Programas foram propostos pelo Ministério da

> Saúde voltados para o que também ali ia se definindo como campo da humanização contornado pelo debate sobre busca da qualidade na atenção ao usuário. Apenas para citar alguns, destacamos 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); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), dentre outros. [...] (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.389-390).

É em meio à conjuntura da "Reforma do Estado", com a adequação do Brasil aos parâmetros do capital internacional no Governo de Fernando Henrique Cardoso e sob um viés mercadológico que a humanização irá adentrar na saúde brasileira como proposta para combater todos os males que o Sistema Único de Saúde estava sofrendo, focando-se em melhorar os atendimentos e a qualidade dos serviços oferecidos à população. Castro e Castro (2018), baseando-se em nos documentos oficiais do PNHAH, afirma que a concepção de humanização trazida pelo programa aparece limitada a uma mudança na cultura, centrada na qualidade do fator humano e no fator relacionamento, além da comunicação entre os profissionais e usuários nos atendimentos. Há uma supervalorização da questão humana e da subjetividade para a promoção dessa nova cultura de atendimento. (CASTRO e CASTRO, 2018).

> A lógica mercadológica, o ataque aos mecanismos de participação popular e ao trabalho realizado nos serviços de saúde é visto claramente no PNHAH, que propõe uma mudança de cultura através de uma filosofia organizacional que sinaliza a necessidade de construção de um modelo de gestão que prime por uma cultura pautada pelo respeito, pela solidariedade entre os agentes envolvidos e os usuários, com enfoque na responsabilização dos sujeitos. (CASTRO e CASTRO, 2018, p.52).

Mesmo depois da eleição do então Presidente Lula, há continuidade deste projeto mercadológico de saúde, sendo possível perceber que neste período que a saúde "[...] é retomada como eixo central do desenvolvimento econômico brasileiro, reforçando a vinculação a um projeto de mercado que busca colocar o Brasil na rota do desenvolvimento do capitalismo mundial. [...]" (CASTRO e CASTRO, 2018, p. 53). Desta maneira, em 2003 após uma revisão da PNHAH, é criada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Humanização (PNH), que passou a propagar a

"humanização" para toda a rede SUS, caracterizando-se enquanto política transversal. Sobre o contexto em que surge a política de humanização se tratava de um momento de efervescência pela eleição de Lula, além de termos a entrada no quadro Ministério da Saúde dos sujeitos que participaram do Movimento de Reforma Sanitária. (CASTRO e CASTRO, 2018). Trata-se de uma conjuntura em que se tinha uma perspectiva de mudanças para as políticas sociais. Com a ascensão de um governo de esquerda passou-se a ter a esperança da melhoria dos serviços públicos à população.

> [...] em 2001 é implementado pelo Ministro José Serra o Programa Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar (PNHAH), substituído, em 2003, pela Política Nacional de Humanização da Saúde (PNH), já no mandado do presidente Luís Inácio Lula da Silva, com um pacto entre a comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde, após a Oficina Nacional HumanizaSUS: Construindo a Política Nacional de Humanização, realizada em Brasília. (NEULLS, 2016, p. 61).

A justificativa trazida para a proposta da Política se funda nas debilidades vivenciadas no SUS, como já abordado no Programa Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar. O Sistema Único de Saúde trata-se de uma grande conquista, trazendo a perspectiva de saúde enquanto direito universal e garantido pelo Estado, porém, precisa-se ter em vista que o mesmo passa por uma série de entraves dificultando o cumprimento de seus princípios na integra. A Política Nacional de Humanização (PNH) tem em suas bases a defesa da humanização, sendo gestado no cerne dos movimentos organizados no âmbito da saúde, como os movimentos feministas e a luta antimanicomial, se legitimando mais tarde enquanto questão política dentro da máquina estatal:

> A Política Nacional de Humanização da Saúde, de acordo com o discurso oficial, se estabelece como uma política que parte dos diferentes setores e programas do Ministério da Saúde procurando elaborar um plano comum e transversal por meio da valorização da dimensão humana das práticas de saúde, vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde. Logo, a PNH nasce por dentro da máquina estatal, gestada como uma política governamental, mas que tem sua semente na defesa do movimento organizado na área da saúde. (NEULLS, 2016, p.61).

Os anos 2000 se caracterizam como um período em que a proposta de humanização irá se estabelecer na saúde, também sendo um momento em que a lógica mercadológica irá ascender sedimentando a política de saúde. Percebe-se que há certa continuidade do governo dos anos 90 de FHC e da agenda Neoliberal que é caracterizado por políticas focalizadas, com a precarização, terceirização e desfinanciamento dos recursos. (BRAVO; MENEZES; 2008 apud CASTRO e CASTRO, p. 54, 2018). Já no início do Governo Lula é lançada a Reforma da Previdência do Setor Público, trazendo indícios que em seu mandato haveria a continuidade na Política Neoliberal que já se estabelecia nos dois mandatos de FHC. Apesar das perspectivas de mudanças com a eleição de um novo presidente, não houveram modificações significativas se comparado ao governo anterior. Políticas assistencialistas como o Bolsa Família e Programa Fome Zero serão destaque no início deste governo, caracterizando-se enquanto iniciativas não fundadas em direitos e focalizadas, não agindo no cerne das desigualdades.

> A contrarreforma da Previdência Social, ocorrida no governo Lula, realizou, no âmbito do serviço público, ações restritivas de direitos que haviam sido derrotadas durante a gestão FHC. Há uma redução de direitos do mundo do trabalho, a privatização dos recursos públicos e a ampliação dos espaços de acumulação do capital. (BRAVO; MENEZES, p. 16, 2011).

A política macroeconômica também influenciou na configuração da política de saúde brasileira.

> [...] pode-se identificar que a política de saúde sofreu os impactos da política macroeconômica. As questões centrais não foram enfrentadas, tais como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de Medicamentos. (BRAVO, MENEZES, p.18, 2011).

O Banco Mundial também teve sua contribuição na configuração da saúde durante este período, chegando até mesmo a publicar relatórios com os diagnósticos das problemáticas vivenciadas pelo SUS. Um relatório de destaque produzido em 2007 possui o título de “Governança no Sistema Único de Saúde do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos”. Segundo Castro e

Castro (2018) este relatório reforça a ideia de que existe ineficiência e baixa qualidade nos serviços de saúde no Brasil, propondo assim uma série de reformas que possuem embasamentos à lógica empresarial, onde há o foco nos custos, na produtividade, na eficiência, efetividade e na gestão, tendo como estratégia o controle do trabalhador enquanto maneira de trazer qualidade aos serviços. Há outros relatórios que sintetizam bem as propostas do Banco Mundial para a área da saúde no Brasil. Um destes documentos foi lançado em 1991 com o título “Novo desafio à saúde do adulto”, o outro foi lançado em 1995, sendo nomeado de “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”.

As propostas do Banco Mundial acabam por fortalecer a privatização do setor da saúde e contribuindo também para a criação da EBSERH, A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Como afirmam Bravo e Menezes (2011), a criação das empresas públicas de direito privado já estava em andamento com a produção de um parecer técnico por um grupo interministerial no Ministério da Saúde, que tinha como objetivo a construção de indicadores para o credenciamento e qualificação dos Hospitais Universitários no País. Neste relatório foram atestados desperdício de recursos, ineficiência na gestão e falta de planejamento. Porém, o que podemos perceber é que “[...] Não se enfatiza a questão central, que é a insuficiência de recursos.” (BRAVO; MENEZES, 2011, p.18).

Uma política importante para entender como se configurou a saúde durante o governo Lula é o QualiSUS, criado ainda em 2003 e que também possui como enfoque os questionamentos acerca da qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS. Possui enquanto principal pilar a humanização, que também se estabelece enquanto política neste mesmo período. Mais tarde será formado o “Programa de Formação e Melhoria da Qualidade das Redes de Atenção à Saúde- QualiSUS Redes” , em 2009, fruto de uma cooperativa entre o Banco Mundial e o Ministério da Saúde.

> Tem-se ainda, durante o governo Lula, a criação do QualiSUS (2003) . Essa política surgiu com o discurso da necessidade de se elevar a qualidade da assistência prestada na área da saúde, tendo como pilar a humanização. O QualiSUS foi dinamizado com o “Programa de Formação e Melhoria da Qualidade das Redes de Atenção à Saúde- QualiSUS Redes” (2009), que

> propões apoio à organização das redes regionalizadas de atenção à saúde no Brasil e é um projeto de cooperação entre o Banco Mundial e o Ministério da saúde. (CASTRO e CASTRO, 2018, p.63).

Percebe-se que os termos humanização e qualidade se apresentam nos discursos das políticas públicas enquanto elementos interdependentes, sendo às vezes até tratados como sinônimos. É percebido também que a afirmação de que "só haverá qualidade na saúde se houver a humanização", subtendida em vários dos textos em que há a defesa da humanização da saúde enquanto solução para as problemáticas vivenciadas na saúde no Brasil, não leva em consideração que a prerrogativa se apresenta na ordem inversa, pois "só haverá humanização se houver qualidade na saúde", qualidade esta que somente será alcançada com financiamento adequado do setor público e não como propõe a agenda neoliberal. Desde o início da construção da humanização enquanto política pública, esta se encontra interligada às mesmas questões: "preocupações" relacionadas ao uso das tecnologias de maneira inadequada, com a subjetividade dos envolvidos nos processos de saúde, "qualidade" no atendimento aos usuários e a valorização dos profissionais.

Porém, o que se percebe pelo contexto do surgimento da PNH é que a mesma se relaciona a outros processos que ocorrem no âmbito político, social e econômico que irão influenciar seus conceitos, a sua construção e o seu propósito. O Projeto de Reforma Sanitária perde espaço durante o Governo Lula onde se previa o inverso. O que há é o avanço do modelo neoliberal, a diminuição do Estado, políticas públicas focalizadas onde não há o questionamento acerca do cerne das problemáticas sociais e avanço das privatizações e terceirizações. Todos estes fatores contribuem para a fragilidade vivenciada pelo SUS atualmente.

2.1 O conceito de humanização na PNH

A compreensão que se pode obter sobre o que seria a humanização nos documentos oficiais da PNH é que a mesma está intimamente ligada à importância dos vínculos entre os profissionais e usuários, em ações guiadas pela compreensão

e valorização dos sujeitos, traduzidas em atitudes éticas e humanas. A humanização se liga também à qualidade do cuidado visando à valorização dos trabalhadores e reconhecimento dos direitos dos usuários. No folder sobre a Política Nacional de Humanização do HumanizaSUS (2015), humanizar se define enquanto forma de inclusão das diferenças nos processos de gestão e trabalho, visando mudanças nos modos de gerir e cuidar e cumprindo com os princípios do SUS. Outro elemento bastante abordado neste documento é a importância da comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários no combate de práticas e atitudes desumanizadoras, que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais e dos usuários. Em outro documento, direcionado a Gestores e trabalhadores da rede SUS, nomeado de “Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS”, a humanização é definida como:

> Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. (BRASIL, 2010, p. 8-9).

O conceito de humanização se alinha a propostas de mudanças das relações entre equipes, profissionais, gestores e usuários dos serviços; há claramente o destaque na questão relacional. Podem-se destacar alguns elementos trazidos pelo documento e que estão bastantes ligados a esta concepção de humanização: o respeito à subjetividade dos sujeitos, a participação coletiva de todos os envolvidos (incluindo-se trabalhadores e pacientes), a formação de vínculos solidários e a gestão participativa. O conceito de humanização está bastante ligado a uma nova cultura na saúde e de novos comportamentos, se concretizando a partir de tais mudanças nos modelos de atenção, em que haveria afastamento de situações que gerassem a violência e relações de poder.

Percebe-se também, de acordo com o Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS (2010), que a PNH tem na gestão participativa um importante componente, visando transformar os hospitais em ambientes mais democráticos e

aumentando a participação de todos os envolvidos no processo. No documento inicial citado, sobre as explicações acerca da política de humanização (BRASIL, 2015), vemos também em seu texto o destaque à participação dos trabalhadores na gestão, afirmando que os mesmos devem reinventar seus processos de trabalho e serem agentes ativos das mudanças nos serviços de saúde. O enfoque se dá na valorização dos sujeitos e de suas subjetividades, visando sua autonomia e protagonismo com aumento da corresponsabilidade. A gestão participativa aparece como central, defendendo um SUS mais "acolhedor, ágil e resolutivo", com a qualificação também da ambiência. Um SUS mais humano é um SUS de "qualidade". Pode-se claramente identificar esses elementos em seus princípios, que são separados em Transversalidade, Indissociabilidade entre gestão e atenção, Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos. Os objetivos da PNH se traduzem em "mudanças nos modos de gerir e cuidar" e o "enfrentamento de relações de poder". A comunicação é vista como central enquanto metodologia, sendo somente através dela possível haver "a inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho".

Mesmo que aparentemente a Política Nacional de Humanização pareça estar bem estruturada, ainda assim existe a presença de fragilidades em sua conceituação e também em suas ações. De acordo com Benevides e Passos (2005) a humanização enfrenta um duplo desafio, um de construir um conceito mais elaborado e estruturado, o outro está em sua metodologia, sobre como este conceito poderá estar presente em ações concretas e que modifique a realidade para o sentido desejado. Os autores também afirmam que se deve considerar o cenário em que a humanização ganhou destaque, pois a conjuntura irá influenciar a maneira em que a mesma irá se constituir enquanto conceito. A humanização nos anos 2000 ganhará aspecto do que os autores definem como "conceito sintoma", se tornando mais tarde uma espécie de "modismo", perdendo assim seu sentido que em primeira instância se atrelava ao movimento pela mudança dos "modos de agir na saúde". Vai se perdendo a criticidade e o objetivo além do significado do que seria a humanização que paralisa e se reproduz como um sentido já dado.

Benevides e Passos (2005) também vêm apresentando de que forma a humanização aparece como “conceito sintoma”, destacando a fragmentação da mesma em áreas e por níveis de atenção, a identificação apenas em certas profissões, possuindo como foco um gênero (mulher), assim como o destaque nas exigências do mercado, focando-se no cliente e na qualidade dos serviços ofertados. Além disso, conceitos como Qualidade Total e Cliente passam a ser cada vez mais utilizados, havendo a aproximação entre a lógica baseada nos serviços privados e a esfera pública. Os direitos passam a ser vistos como mercadoria e junto a esse processo há a defesa do discurso sobre a crise, naturalizando-se a ideia de que o setor público seria incapaz de oferecer serviços de qualidade cabendo a esse papel ao setor privado.

Claramente, percebe-se o discurso mercadológico em defesa da lógica neoliberal. É a saúde sendo metamorfoseada em uma espécie de contrato em que há a ilusão de poder e controle por parte dos usuários. Baseando-se em Bering (2003) e Tonet (2009), Castro e Castro (2018) identifica de maneira clara que o capitalismo moderno se utiliza da ideologia de raízes conservadoras enquanto ferramenta para sua manutenção, sendo utilizadas enquanto empecilhos a falta de vontade política, a falta de recursos, as dificuldades de gestão, além da corrupção e da incompetência. A raiz dos problemas enfrentados no setor público não é realmente questionada ficando-se na superficialidade de análises que buscam justificativas pela falta de “qualidade” nos serviços oferecidos.

Em síntese, pode-se afirmar que o conceito de humanização aparece atrelado à concepção de qualidade, se utilizando da “comunicação” como método para uma gestão participativa e democrática, focando-se em análises mais subjetivas e a-históricas da realidade, isto se dá também devido as discussões pós-modernas ganharem espaço através dos estudos e pesquisas realizadas no campo da Saúde Coletiva.

Os novos modelos de gestão também surgem como solução para os problemas vividos na saúde. Imposta pelo Banco Mundial e fruto do ajuste Neoliberal, estes novos modelos trazem em seu cerne a proposta do desmonte do SUS e também a defesa da privatização e terceirização da saúde. A gestão aparece

enquanto umas das temáticas mais trabalhadas pela Política Nacional de Humanização, Castro e Castro (2018) afirma que:

> A gestão é outro eixo estratégico disposto pela PNH. Como visto, a partir dos anos 1990, é dado enfoque a construção de "novos modelos de gestão", vinculados a estratégias construídas no setor privado, para fomento do mercado. (CASTRO e CASTRO, 2018, p. 136).

Continuando com o mesmo raciocínio, baseando-se em Correia (2011), a autora vem lembrando que na área da saúde estes "novos modelos de gestão" são introduzidos em meio à lógica privatista que resulta na criação das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e das Fundações Estatais de Direito Privado. Os argumentos contrários a estes novos modelos se alicerçam "[...] no fato que de integrarem o processo de contrarreforma do Estado brasileiro, privatizarem os serviços públicos, ameaçarem os direitos sociais, contrariarem a legislação do SUS, prejudicarem os trabalhadores, limitarem o controle social e propiciarem o desvio de recursos públicos." (CORREIA, 2011 apud CASTRO e CASTRO, 2018, p. 136).

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares faz parte dos chamados "Novos Modelos de Gestão", relacionado ao processo de contrarreforma iniciada desde os anos 70, no final do Governo Lula. A EBSERH surgiu em 2011, por meio da Lei 12.550 se configurando como uma empresa pública de direito privado ligada ao Ministério da Educação para reestruturar os Hospitais Universitários federais. Segundo Cislaghi (2011) "Todo o debate atual das contrarreformas nas políticas sociais termina no embate entre duas explicações causais para a falência das políticas públicas: problemas de gestão ou de subfinanciamento público". (CISLAGHI, 2011, p. 58). A lógica privada de gestão, que se manifesta em forma da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares "[...] deriva dos pressupostos da Reforma do Estado bresseriana, que defende que serviços não-exclusivos do Estado só sejam regulados nos seus resultados, deixando sua execução para entidades público/privadas prestadoras de serviços." (CISLAGHI, 2011, p. 61). Segundo essa mesma visão o mercado que seria o provedor do bem-estar e da democracia, defendendo a flexibilização e a autonomia. Há assim a culpabilização

da gestão como responsável pela falta da qualidade no SUS sem que se questionem aspectos importantes como o subfinanciamento no setor.

Assim como a proposta trazida pela PNH, estes novos modelos de gestão também estão inclusos como estratégias do capital com o intuito de disfarçar as contradições inerentes ao seu modelo socioeconômico. A proposta de um conceito de humanização que traz em sua concepção o diálogo como ferramenta, além da defesa dos direitos dos usuários, a otimização dos processos de trabalho visando sua qualidade aparenta ser, em primeira instância, um grande avanço para a política de saúde brasileira. Porém, o que se percebe, incluindo com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, é um regresso das propostas da reforma sanitária e da visão de saúde enquanto direito. Há a fragilização do Sistema Único de Saúde que fica pressionado em meio a privatizações, a terceirização e aos cortes no financiamento.

3 CONCLUSÃO

Ao analisar a Política Nacional de Humanização e os significados da humanização trazida pela mesma, é impossível desassociá-la de um estudo mais detalhado da conjuntura em que a mesma foi instituída. Não fazer isto resultaria em uma análise superficial e pouca crítica, onde não se verificaria a essência da humanização na PNH.

Estes significados estão atrelados ao próprio processo de avanço Neoliberal no Brasil, estando ligados aos novos modelos de gestão, conectados a uma lógica privada de uma visão do mercado como provedor do bem-estar e da democracia social. Há também outros elementos que se destacam nesse conceito de humanização como o foco na subjetividade e na comunicação, que seriam essenciais para uma suposta otimização dos serviços oferecidos no SUS.

O conceito de humanização vai se apresentar atrelado à concepção de qualidade. A comunicação vai aparecer como método para uma gestão participativa e democrática, onde irá obter análises de cunho subjetivo e a-históricas da realidade. Há a busca por uma qualificação no SUS através de uma gestão

participativa, porém, não são questionados elementos que são intrínsecos aos problemas enfrentados no SUS como o subfinaciamento, as terceirizações e as privatizações. Todos estes elementos são próprios do Neoliberalismo, e trazem como resultado o processo de precarização nas políticas públicas de Seguridade Social, da qual a política de saúde faz parte.

REFERÊNCIAS

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. **Humanização na saúde:** um novo modismo? Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, 2005b.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília. 2010.

_____. Ministério da Saúde, **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília. 2001.

_____. Ministério da Saúde, **Política Nacional de Humanização**, Brasília, 2015.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. **A Saúde no governo Lula e Dilma:** algumas reflexões. In: _____. (Org.). Cadernos de Saúde. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2011.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e, **Humanização em saúde:** intencionalidade política e fundamentação teórica, Rio de Janeiro, Lúmen Juris, 2018.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. **Hospitais Universitários Federais e Novos Modelos de Gestão:** faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. BRAVO, Maria Inês S.; MENEZES, Juliana S. B. de. 1. ed., Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

DESLANDES, Suely Ferreira, **Analysis of the official speech about humanization of the hospital assistance**. Ciência Saúde Coletiva. [periódico na Internet]. 2004. Disponível em: <http://redalyc.uaemex. mx/pdf/630/63013499002.pdf>.

NEULLS, Talita Fernandes. **Humanização em Saúde frente ao Processo de Precarização** do **Trabalho:** Análise acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde no âmbito do SUS. 2016. 173 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.