



POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA NA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS

Anita Coelho dos Santos¹
Adriana Leonidas de Oliveira²

RESUMO

O presente artigo busca esclarecer sobre as Políticas Públicas de Humanização da Saúde no Brasil. Aborda aspectos históricos desde o início do sistema de saúde, perpassando pelas mudanças experimentadas no setor com o advento da Constituição de 1988 que promoveu a unificação dos diversos sistemas. Para isso, foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica com base em documentos centrais da política de humanização, além de publicações sobre o tema e anais de seminários, entre outros registros. O estudo mostra que a Constituição de 1988 alavancou uma evolução no sistema, mas a principal

¹ Mestra em Gestão e Desenvolvimento Regional, professora do Curso de Psicologia do Centro Universitário UnirG. anitacoelho_te@yahoo.com.br.

² Professora Doutora do Mestrado em Desenvolvimento Regional - Universidade de Taubaté/SP. adrianaleonidas@uol.com.br.

mudança foi a criação da Política de Humanização da Saúde.

Palavras-chave: Política da Saúde. Sistema Unificado de Saúde. Humanização da saúde.

NATIONAL POLICY TO HUMANIZE AS A STRATEGY TO APPLY THE SUS

ABSTRACT

The current paper is intended to provide understanding about public policies on health humanization in Brazil. The study approaches some historical aspects of the theme since the start of health system and then discusses experimental changes in this area with the introduction of the 1988 constitution which promoted the union of diverse systems. To attain this goal, a research of the current literature was carried out using central documents from humanization policy, and also some publications about the subject in annals, seminars and other documents. This study shows that the 1988 constitution, induced a strong evolution of the system, however, a major change was the generation of the health humanization policy.

Keywords: Health Policy. United Health System. Health Humanization

INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil, por forte pressão social e política, passou por diversas transformações. As mudanças forma iniciadas na década de 70, ganhando maior intensidade na década de 80 principalmente com o Capítulo Constitucional dedicado à saúde, regulamentado na década de 90 pelas Leis Federais nº 8.080 e 8.142 – o sistema de saúde, antes fragmentado, torna-se unificado com distinção do setor estatal do setor privado. Daí o nome Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse novo sistema estabeleceu novos paradigmas baseados na universalidade, na igualdade e na integralidade da atenção. Criou novas bases institucionais, gerenciais e assistenciais para a implantação das ações e serviços de saúde no Brasil. A saúde passou a ser entendida como um direito universal de cidadania e dever do Estado.

No rumo das mudanças, frente às emergentes exigências por qualidade do serviço e atendimento ao usuário e aos profissionais da saúde, surge a Política Nacional de Humanização (PNH). Com isso inicia-se um novo processo de mudança com

o objetivo maior de efetivar os princípios do SUS.

A Política de Humanização da Saúde, no Brasil, visa especificamente promover atendimento de qualidade aliado às novas tecnologias, bem como o acolhimento, a melhoria dos ambientes de cuidado e as condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004).

Nesse panorama, o presente artigo tem como propósito realizar um estudo sobre a Política Nacional de Humanização, com enfoque nos avanços do sistema de saúde no Brasil.

MÉTODO

Fez-se uma abordagem histórico-contextual e conceitual de alguns temas que envolvem a questão da Saúde Pública no Brasil, especialmente sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido foi elaborada, quanto aos objetivos, uma pesquisa bibliográfica com base em documentos centrais da política de humanização, além de publicações locais sobre o tema, anais de seminários, entre outros registros.

O SUS COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

O Brasil, desde a chegada dos portugueses, tentou melhorar a saúde do povo, pois dependia dela para a melhoria das importações e exportações, porém nenhuma política de saúde conseguiu ser tão abrangente quanto o SUS, pois as anteriores priorizavam alguma parcela da população e o SUS é garantido como direito de todos e dever do Estado.

Houve muitas mobilizações populares com a finalidade de articular um sistema de saúde que incluísse as pessoas que não possuíam trabalho. Esse objetivo foi alcançado em 1988 com criação do SUS baseado nos estudos propostos na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986. (VIII CONFERENCIA, 1986). Dois anos depois surge a Constituição Federal que, por meio dos artigos 196 a 200, garantiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p 151).

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização

e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

Os princípios básicos delineados na Constituição Cidadã para o novo sistema de saúde foram a descentralização da assistência, com direção única em cada esfera do governo, e integralidade, priorizando o trabalho preventivo, mas sem prejuízos ao atendimento assistencial e participação popular, garantidos por meio dos Conselhos de Saúde, o chamado controle social (BRASIL, 1988).

Somente o texto da Constituição Federal dificultava a garantia desses direitos, pois eram muitos e na hora de efetivar esta garantia havia dúvidas sobre a responsabilização das ações e serviços de saúde. Foi então que no ano de 1990 surgiu a Lei Federal nº 8.080, que instituiu o SUS com comando em cada esfera de governo para atender à demanda suscitada pelos gestores no que se referia às atribuições de cada esfera. O art. 1º da referida Lei regula, em todo o território nacional, “as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente

ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado”. (BRASIL, 1990a, p. 1).

Ressalta-se que a ideia de saúde não remete apenas à ausência de doença. De acordo com Molina (2002, p. 1) a definição de saúde indica, principalmente, o “bem-estar físico, psíquico e social” e, quiçá, inclui também o “bem-estar espiritual”. O que implica também em um meio ambiente equilibrado e sustentável.

Ficou determinado na referida lei que os municípios seriam responsáveis pela execução das ações e serviços relacionados à saúde, os estados e a União cooperariam com o suporte técnico e financeiro. A saúde inclui como fatores determinantes e condicionantes

[...] a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990b, p. 01).

A lei ainda determina que o campo de atuação do SUS contempla as ações de vigilância sanitária, epidemiologia, saúde do trabalhador e assistência integral terapêutica e farmacêutica (BRASIL, 1990b).

Apesar de definir e esclarecer muitas responsabilidades notou-se a falta de organização e garantia da participação popular na gestão do sistema de saúde, por isso foi sancionada a Lei Federal nº 8.142, no mesmo ano da Lei de criação do SUS. Essa lei trata da participação da comunidade no âmbito da gestão do SUS como também esclarece sobre as transferências de recursos entre os governos; determina que os conselhos e as conferências de saúde sejam considerados como instâncias colegiadas em cada esfera do governo, sem prejuízo das funções do poder legislativo; direciona sobre o Conselho de Saúde – sendo este considerado um órgão colegiado em caráter permanente e deliberativo, sua composição deve ser de representantes do Governo, profissionais e usuários de saúde e prestadores de serviços. (BRASIL, 1990b).

A atuação do conselho deve estar voltada para formulação de estratégias e para o controle e execução das políticas de saúde, tanto nos aspectos financeiros, quanto econômicos, nas instâncias correspondentes, sendo o Conselho Municipal agindo na instância do

Município, o Estadual do Estado e o Federal da União. (BRASIL, 1990b).

Em relação às Conferências de Saúde, fica explícito que as mesmas ocorrerão a cada quatro anos, com representação dos diversos segmentos sociais, porém a participação deve ser paritária entre os usuários e as demais categorias sociais, objetivando avaliar a situação da saúde como também propor diretrizes para contribuir na formulação das políticas de saúde. (BRASIL, 1990b).

Os recursos, vindos do Fundo Nacional de Saúde, terão sua alocação vinculada ao Ministério da Saúde quanto às despesas de custeio e ao plano quinquenal. Os investimentos serão previstos em lei orçamentária de iniciativa do poder legislativo e aprovadas pelo congresso nacional. (BRASIL, 1990b). Já os investimentos na rede de serviços, incluindo ações de saúde voltadas para a cobertura de assistência ambulatorial e hospitalar, serão implementados pelas três esferas de governo: Municípios, Estados e União. (BRASIL, 1990).

Essas leis garantiram certa organização do SUS, porém a normatização do sistema iniciou apenas com as Normas Operacionais Básicas (NOBs) – criadas com a função

de regulamentar a mudança do modelo organizacional antigo e o SUS. É por meio delas que o Ministério da Saúde (MS) regula as transferências dos recursos financeiros da União para os Estados e Municípios, estabelece os critérios de planejamento de ações de saúde e os mecanismos de controle social. Foram publicadas quatro NOBs: 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96. As NOBs promoveram as mudanças potenciais de humanização da saúde, criando condições favoráveis à negociação e viabilização da descentralização e reconstrução do SUS.

A descentralização, a regionalização da atenção e da gestão da saúde tomou dimensão maior no que se refere ao aumento da universalidade, da equidade, da integralidade e controle social, constituindo-se num avanço na saúde pública. De outro lado, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho e a falta de investimento na qualificação dos trabalhadores, trouxe a insatisfação tanto dos profissionais da saúde quanto dos usuários. Isso abalou o sistema vigente.

Para poder garantir o direito constitucional de saúde para todos, de maneira a dignificar os usuários por meio de profissionais comprometidos

com a ética da saúde e com a proteção da vida, é que se propôs a Política Nacional de Humanização da Saúde no Brasil.

RESULTADOS

Desde os anos 60 o movimento feminista já propunha a busca pela humanização das práticas de saúde com enfoque na saúde da mulher (CARNOT, 2005; COSTA, 2004).

O debate é antigo e se estendeu em diversos movimentos em busca da qualidade na atenção ao usuário. Como, por exemplo, a implantação do protocolo do procedimento de Carta ao Usuário (1999), o 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) etc. (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

O Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar

(PNHAH), instituído no período de 2000 a 2002, se iniciou com a criação dos comitês de humanização que tinham como objetivo melhorar a qualidade da atenção ao usuário e ao trabalhador – o contexto da época era de insatisfação frente ao descaso dos gestores. O foco maior da saúde não era o usuário nem aquele que produzia a saúde – o trabalhador da saúde, o profissional do cuidar, que também é humano, pouco era considerado.

No campo da saúde, é comum ligar o termo humanização a filantropia, voluntariado, ações humanitária, que se constituem numa questão de favores e não do direito em si. O conceito de humanização da saúde deve ser visto na perspectiva ampla de política de alteração das atitudes comportamentais e procedimentais para com os usuários, funcionários e quem atende à clientela do SUS (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A humanização deve ser compreendida como ação que torna mais humanas as relações. Para Molina (2002 p. 03) o termo humanismo refere-se à “crença do homem em seu valor [...] na sua capacidade de progredir e construir uma sociedade melhor”. Martins (2001 p. 04) classifica a humanização como

um “processo amplo, demorado e complexo”, passível de resistências, decorrente das mudanças de comportamento. O novo comportamento, ou modelo, ainda está por ser consolidado. A característica do que é novo não está delineada nem pronta em livros ou leis, porém será traçada por cada trabalhador, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização (MARTINS, 2001).

De acordo com Molina (2002) não se pode separar o humanismo da humanização da assistência à saúde. Para o autor, o humanismo inclui

[...] aspectos teóricos e filosóficos, mas dialeticamente requer também uma clara militância e ativismo para que, através de nossos sonhos e labor diário pragmático, possamos construir um mundo mais fraterno, justo, feliz, saudável e, portanto, mais plenamente humano. (MOLINA, 2002, p. 3).

Sendo assim, a Política de Humanização da Saúde supõe a redução das filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco, identificação e responsabilização de funcionários que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial; garantia de informações ao

usuário quanto aos seus direitos do código dos usuários do SUS; gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

O trabalho clínico deve ser ampliado por meio do desenvolvimento de ações focadas no sujeito e na doença, na família e no contexto. Para tal, a política de humanização da saúde se propôs integrar a equipe de trabalho multidisciplinar, o registro de clientela e construção de vínculo, atendimento com planejamento terapêutico diferenciado de acordo com a fragilidade de cada caso, bem como o aumento dos recursos de intervenção sobre o processo saúde doença. (BRASIL, 2004).

Ora, um sistema único de saúde supõe a implantação de plano comum ligando diferentes atores no processo de produção de saúde. É nesse sentido que os princípios do SUS se confundem com a humanização da saúde, pois ambos sugerem mudança das práticas concretas de saúde e não apenas a abstração.

Trabalhar a humanização, conforme pesquisas desenvolvidas em hospitais por Martins (2001) e Mazzetti (2005) supõe melhoria também no

ambiente hospitalar, produzido benefícios tais como a

[...] redução do tempo de internação, aumento do bem-estar geral dos pacientes e funcionários e diminuição das faltas de trabalho entre a equipe de saúde, e, como consequência, o hospital também reduz seus gastos, trazendo benefícios para todos (MARTINS, 2001; MAZZETTI 2005, apud MOTA; MARTINS; VERAS, 2006, p.15).

As ações de humanização da saúde são voltadas para promoção da saúde e consolidação da autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Para tal, faz-se necessário investir na produção de um novo tipo de relação entre os sujeitos que compõem os sistemas de saúde e deles faz uso.

A humanização do sistema de saúde é classificada como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS. (BRASIL, 2004). Portanto, humanização é compreendida como “construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos inter-profissionais entre estes e os usuários na produção de saúde”. (BRASIL, 2004, p. 08). Nesse sentido, trata-se também de uma questão ética, pois

coloca a defesa da vida como aspecto fundamental de suas ações.

Há, também, a dimensão estética – inclusão de práticas normativas que regulam a vida, bem como os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos –, e a dimensão política tendo em vista que as relações sociais e de poder acontecem na polis. (BRASIL, 2004).

O desenvolvimento das ações propostas pela Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS) tem como princípio fundamental o respeito às especificidades de cada instituição, estimulando a cooperação entre as mesmas pela troca de experiências que visam a qualificação do serviço público de saúde (BRASIL, 2005).

A PHAS contempla projetos com princípios humanizadores para serem aplicados em todas as instituições de saúde, incentivando a criação e sustentação contínua de comunicação e divulgação. Possibilita, assim, a livre expressão, a conversa, e torna as pessoas mais solidárias, respeitando-se mutuamente. (BRASIL, 2005).

A proposta de humanização da assistência à saúde, além de melhorar

a qualidade e o cuidado do usuário e do profissional, contribui para reduzir custo excessivo e desnecessário em decorrência da falta de informação e de capacitação dos profissionais, incluindo aí os gestores. Outro fator também relevante, que pode estar relacionado à grande extensão do Brasil, é a falta de preparo que permeia as relações de saúde no país. (BRASIL, 2005).

DISCUSSÃO

A PNH instituiu um novo modelo de saúde unificado. Pela dimensão e relevância, foi necessário criar uma Política de Humanização da Saúde para apoiar a consolidação do SUS. O Sistema Único de Saúde ganhou credibilidade com a criação dessa Política.

As políticas de saúde no Brasil, desde a criação do SUS, se completam, pois seus objetivos e metas convergem no mesmo sentido. Com a implementação efetiva da Política de Humanização respondem aos anseios tanto dos usuários da saúde quanto daqueles que tem como labor o cuidado da saúde.

O SUS reconheceu sua fragilidade expressa na fragmentação do processo de trabalho, ausência de sinergia entre as equipes de saúde,

falta de respeito aos direitos dos usuários, falta de investimento na qualificação e a gestão burocrática. (BRASIL, 2004). Assim, com o intuito de efetivar os objetivos do SUS foi desenvolvida a PNH numa tentativa de fortalecimento do sistema. As ações de humanização da saúde promovem a saúde, valorizam o ser humano, a família e a comunidade e fortalecem o sistema de saúde como um todo.

Cuidar da saúde de alguém vai além de exercer uma atividade técnica especializada, ou seja, na humanização dos serviços de saúde é fundamental o uso pleno da palavra e do olhar, pois a saúde não é um serviço comum. Exige dedicação e depende da capacidade de saber ouvir, saber falar, saber calar. E no mundo tecnológico em que se vive, a palavra e o contato humano foram reduzidos – perdeu-se o contexto da palavra e do olhar ao preencher uma ficha de histórico clínico. Nesse simples ato a palavra perde sua dignidade quando usada apenas na descrição técnica dos sintomas e da evolução da doença. Assim, numa prática desumana trata-se o usuário do SUS como simples objeto de intervenção técnica. (BRASIL, 2004; MARTINS, 2001; MAZZETTI, 2005,

apud MOTA; MARTINS; VERAS, 2006).

A Política de Humanização da Saúde preocupa-se em fazer uma virada no sentido de acolher o usuário com todas as suas angústias, temores e expectativas, sendo necessária uma rede integrada para promover as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais, tendo como base fundamental a ética, o respeito, o reconhecimento mútuo, a solidariedade e responsabilidade. (BRASIL, 2004). Essa política de humanização da saúde está em harmonia com os princípios gerais do SUS, quais sejam a integralidade, a universalidade, a equidade e a descentralização da atenção e da gestão. (BRASIL, 2005).

CONCLUSÃO

O estudo mostra que houve muitas mudanças significativas na política de saúde e que a Constituição de 1988 alavancou uma evolução no sistema, prosseguindo com a unificação dos serviços, mas a principal

mudança foi a criação da Política de Humanização da Saúde.

Para a consolidação da política de humanização é imprescindível que haja mudanças no sistema como um todo, em prol da valorização da vida. Não basta criar leis e programas e esperar que as mudanças aconteçam. A humanização da assistência à saúde não pode se desvincular do humanismo, embora não se trate de humanitarismo. Isso envolve aspectos teóricos e filosóficos que exigem compromisso acirrado no desenvolvimento de atitudes práticas que transformem a realidade das instituições de saúde, que promovam o bem-estar físico, social dos usuários e trabalhadores da saúde.

Numa política de qualificação da saúde a humanização deve receber prioridade, devendo ser encarada não como um programa a mais a ser implantado para ser aplicado aos diversos serviços, mas que tenha caráter essencial para que a política opere transversalmente em toda a rede.

REFERÊNCIAS

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface. Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>>. Acesso em: 6 ago. 2010.

BRASIL. Constituição Federal, de 5 de outubro de 1988.

_____. *LEI Nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990 (a). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República: Brasília, 19 de setembro de 1990.

_____. *LEI Nº 8.142*, de 28 de dezembro de 1990 (b). 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. Presidência da República: Brasília, 28 de dezembro de 1990.

_____. *Humaniza SUS*. 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389>. Acesso em: 10 ago. 2010.

_____. *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. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2010.

CARNOT, E. *Humanização e políticas de saúde: um estudo sobre os usos e sentidos das propostas de humanização nas políticas de atenção à saúde da mulher*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

COSTA, A. M. *Atenção integral à saúde das mulheres: quo vadis? uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil*. 2004. Tese Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

MAZZETTI, M. (2005). *Especialistas garantem benefícios de humanização de hospitais*. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u3854.shtml>>. Acesso em: 10 ago. 2010.

MARTINS, M. C. F. *Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MOLINA, Aurélio. *Humanização da assistência à saúde: bases teórico-filosóficas e sugestões pragmáticas*. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/jornal/jornais2002/dezembro/pag_8.htm>. Acesso em: 07 ago. 2010.

MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VÉRAS, Renata Meira. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*. v. 11 nº 2, Maringá, maio-ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-73722006000200011&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 ago. 2010.

Recebido em: 16 maio 2012
Aprovado em: 27 ago. 2012