

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS – UCPEL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E TECNOLÓGICAS

GABRIELA DE ARAUJO SPOTORNO

ANÁLISE DA POLÍTICA “HUMANIZA SUS” DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO  
SUL DO PAÍS A PARTIR DA ADESÃO À EBSEH

LINHA DE PESQUISA: ESTADO, DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICA SOCIAL

ABRIL, 2019

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS - UCPEL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E TECNOLÓGICAS

GABRIELA DE ARAUJO SPOTORNO

ANÁLISE DA POLÍTICA “HUMANIZA SUS” DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO  
SUL DO PAÍS A PARTIR DA ADESÃO À EBSEH

LINHA DE PESQUISA: ESTADO, DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICA SOCIAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Política Social e Direitos Humanos – da Universidade Católica de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em política Social e Direitos Humanos.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mara Rosange Acosta de Medeiros.

Abril  
2019

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S764a Spotorno, Gabriela de Araujo

**Análise da política “humaniza SUS” de um hospital universitário do sul do país a partir da adesão à EBSERH.** Gabriela de Araújo Spotorno. – Pelotas: UCPEL, 2019.

144 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos, Pelotas, BR-RS, 2019. Orientadora: Mara Rosange Acosta de Medeiros.

1. EBSERH. 2. Humaniza SUS. 3. neoliberalismo. 4. saúde. 5. Hospital universitário. I. Medeiros, Mara Rosange Acosta de, or. II. Título.

CDD 610

GABRIELA DE ARAUJO SPOTORNO

ANÁLISE DA POLÍTICA “HUMANIZA SUS” DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO  
SUL DO PAÍS A PARTIR DA ADESÃO À EBSEH

Dissertação apresentada ao Programa de Pós  
Graduação em Política Social e Direitos Humanos –  
da Universidade Católica de Pelotas, como requisito  
parcial para obtenção do título de Mestre em  
política Social e Direitos Humanos.

Pelotas, 10 de abril de 2019.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Mara Rosange Acosta de Medeiros -UCPel  
Orientadora

---

Profa. Vera Maria Ribeiro Nogueira  
Membro Examinador I

---

Profa. Isabel Cristina de Oliveira Arrieira  
Membro Examinador II

Dedico essa dissertação à minha mãe Rosina (em memória), por acreditar em mim quando ninguém mais o fazia, o seu amor, a sua fé e sua perseverança no meu melhor, são responsáveis pela trajetória que escolhi e pelas minhas bandeiras de lutas. Dedico à todas e todos que, acreditam no ser humano, que lutam por uma sociedade mais justa e pelo Sistema Único de Saúde, público, gratuito e de qualidade!

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, quero agradecer ao meu pai, José Ronaldo Dapuzzo Spotorno, pelo apoio financeiro que foi substancial para cursar este tão sonhado mestrado, sem o seu investimento isso não seria possível e por isso, agradeço profundamente! Mas mais importante que o apoio financeiro, foram suas palavras de incentivo, presença e participação nas correrias impostas no meu cotidiano em detrimento do mestrado! Você faz parte dessa conquista. Eu te amo muito!

Quero agradecer a minha avó materna Neida Ginar de Araujo, não só pelo apoio financeiro que também foi substancial, mas que no auge de seus 90 anos, compreendeu a minha ausência nas suas consultas médicas, nas idas ao supermercado (prolongadas), e companhia para o almoço e para o café! Obrigada por me aguardar inteira, para que possamos retomar nossas rotinas! Eu te amo!

Quero agradecer à minha madrastra Marilda Margarida Pinheiro (em memória), por ser uma pessoa incrível, que se tornou uma amiga inesquecível. Mesmo ali, diante da finitude da vida, só permitiu que eu a cuidasse, se não deixasse de entregar as avaliações no prazo correto! Você está fazendo falta e também te amo!

Obrigada meus irmãos Daniel, Simone e Mariana, minha prima Raquel e suas respectivas famílias, pela compreensão de minhas ausências, pelo apoio e incentivo e amor incondicional. Pela primeira vez, como caçula, me aventurei em caminhos ainda não trilhados por vocês, o mestrado, e mesmo assim vocês me deram um apoio incrível. Amo muito vocês.

A minha família de Porto Alegre, meu dindo amado, Marco Araújo e sua esposa Amarillys, minha prima Eduarda e “meu” primo Emerson e sua família linda, obrigada por compreender a minha ausência, amo vocês!

Agradeço a minha sogra Ana Maria de Pinho Zenobini e meu cunhado Giovani, pelos mimos, carinho e compreensão, nestes últimos dois anos, foi muito importante contar com vocês!

Agradeço as minhas amigas que mesmo diante da ausência permaneceram sendo presença, torcendo, e apoiando mais um dos meus investimentos!!! Amo vocês!

Agradeço ao HU/FURG, a disponibilidade e participação dos gestores, trabalhadores/as e usuários/as, fundamentais para que a pesquisa se concretizasse. Agradeço as minhas colegas de trabalho, por compreenderem minha ausência, ou “semi-presença”.

Quero agradecer a minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mara Rosange Acosta de Medeiros, pois, em tempos de relações mercantilizadas, pressões acadêmicas e adoecimento acadêmico, me sinto privilegiada de ter “caído” em suas mãos. Obrigada pela humanização do nosso processo de pesquisa e escrita, pelo respeito às adversidades pessoais que cada uma de nós trilhamos neste processo! Obrigada pela grande profissional que és, pela sua ética e dedicação!

Agradeço à professora Vera Maria Ribeiro Nogueira e à profa. Isabel Cristina Arrieira, pelo conhecimento compartilhado no momento da qualificação do projeto e por fazerem parte da defesa final, agregando novas contribuições.

Quero agradecer ao meu amor, Felipe de Pinho Zenobini, por embarcar comigo nesse investimento, por permanecer ao meu lado e por segurar as pontas, sabemos o quanto a logística foi complicada, as privações, a minha ausente presença. Obrigada pelo amor compartilhado, te amo muito! E quero agradecer ao nosso baby, nosso gurizinho, que carrego em meu ventre, por ter surgido na reta final deste trabalho, não me deixando desistir de concluir essa etapa tão importante! Meus amores, muito obrigada!

## RESUMO

Esta dissertação buscou analisar o processo de efetivação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde (PNH) em um Hospital Universitário (HU) do Rio Grande do Sul (RS) a partir da adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Para tanto, buscou identificar quais os projetos de saúde (reforma sanitária ou privatista) estão ocultos nos discursos dos sujeitos, bem como das ações da PNH deste hospital; identificar se as diferentes formas de contrato de trabalho (Regime Jurídico Único Federal e Consolidação das Leis Trabalhistas) interferem nas ações de Humanização implementadas; identificar se as ações de humanização estão respondendo às demandas da população usuária ou Capital. O referencial teórico que subsidia a análise percorre diversos autores que refletem sobre as políticas sociais, principalmente a política de saúde e de humanização. A metodologia da pesquisa pautou-se no método materialista dialético-crítico de abordagem qualitativa dos sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários), envolvidos com a PNH. Os resultados da pesquisa indicam que o modelo de atenção à saúde presente nos processos de trabalho e nos discursos dos sujeitos se aproximam do modelo que defende a ideia do “SUS possível” ou o “SUS que dá certo”, no sentido que agrupa os princípios da reforma sanitária da linha socialdemocracia, evidenciando a supremacia do direito individual em detrimento ao direito coletivo.

**Palavras-Chave:** EBSEH, HumanizaSUS, Neoliberalismo, Saúde, Hospital Universitário.



## **ABSTRACT**

This work aimed to analyze the effectiveness process of humanization, attention and health management (PNH) at a hospital of Rio Grande do Sul (RS), parting from the Brazilian company of hospital services (EBSERH). For that so, it aimed to identify what health projects (health reform or privatization) are implicit in the subject's speeches, as well the action of the PNH in this hospital; Identify whether the different ways of employment contract (federal single legal framework and consolidation of labor laws) interfere in the action of the implemented humanization or not; Verify whether the humanization action are having effect on the lives of users or not. The theoretical reference which the analyses is based, outstands several authors who think about the social policies, mainly about the health and humanization policies. The methodology of the research based on the dialectics-critic and materialistic method to approach in a qualitative way the subjects (managers, workers and users), are connected to the PNH. The research outcomes indicate that the model of attention to health in the work processes and in the subject's speeches are close enough to the one they have at the "possible SUS" or at the "SUS which works out", in the sense that it puts together the principles of sanitary reform of the line socialdemocracia, evidencing the supremacy of the individual right in detriment to the collective right.

**Keywords:** EBSERH, Humanization, Neoliberalism, Health, University Hospital.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Programas de Pós Graduação e os anos de publicação dos trabalhos sobre a PNH	20
Quadro 2	Propostas e atores do setor saúde	33
Quadro 3	Alguns marcos da história dos hospitais	45
Quadro 4	Hospitais do Rio Grande do Sul	46
Quadro 5	Adesão a EBSEH	52
Quadro 6	Eixos de análise baseadas em Rogério Miranda Gomes	61
Quadro 7	Influências Teóricas sobre Humanização	61
Quadro 8	Conceitos/interpretações sobre o que é Humanização	62
Quadro 9	Eixos de ação da PNH	69
Quadro 10	Nº de participantes nas reuniões do GTH	87
Quadro 11	Propostas aprovadas e executadas em sua integralidade.	91
Quadro 12	Propostas contempladas parcialmente	91
Quadro 13	Propostas aprovadas e que estão sendo analisadas pela Divisão de Infraestrutura para estudo de viabilidade	91
Quadro 14	Propostas aprovadas que aguardam projeto por parte da Engenharia para confecção de móveis	91
Quadro 15	Propostas não aprovadas no momento	92
Quadro 16	Ações GTH	104
Quadro 17	Ações PNH	105
Quadro 18	Limites e dificuldades	106
Quadro 19	Potencialidades	107

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Escolaridade por categoria de sujeitos	81
Gráfico 2	Ano de conclusão do ensino superior e abordagem da PNH	82
Gráfico 3	Tempo de atuação na área da Saúde (Trabalhadores, gestores e integrantes do GTH)	83
Gráfico 4	Tendo atuado na área da saúde, você já ouviu falar em PNH?	83
Gráfico 5	Perfil dos cadastros no HU/FURG/EBSERH	88
Gráfico 6	Características das atividades cadastradas	89

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRAHUE - Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino  
AMB- Associação Médica Brasileira  
APH -Adicional de Plantão Hospitalar  
BM - Banco Mundial  
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CAPS - Caixas de Aposentadorias e Pensões  
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde  
CEIS- Complexo econômico e industrial da Saúde  
CF - Constituição Federal  
CIT - Ministério da Ciência e da tecnologia  
CNRS - Comissão Nacional da Reforma Sanitária  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
CONASSS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
DF - Distrito Federal  
DMP - Departamento de Medicina Preventiva  
DRU - Desvinculação das Receitas da União  
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
EC - Emenda Constitucional  
FAHERG - Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino do Rio Grande  
FEDP - Fundação Estatal de Direito Privado  
FIESP - Federação das Indústrias do Estado de São Paulo  
FMI - Fundo Monetário Internacional  
FSE - Fundo Social de Emergência  
GEP - Gerência de Ensino e Pesquisa  
GPPG - Grupo de Pesquisa e Pós-graduação  
GTH - Grupo de Trabalho de Humanização  
HE/UFPEI - Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas  
HU- Hospital Universitário  
HU/FURG - Hospital Universitário da Universidade Federal de Rio Grande

HUSM - Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria  
IAPS - Institutos de Aposentadorias e Pensões  
IFES - Instituições Federais de Ensino Superior  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS - Instituto de Previdência Social e Assistência Social  
MARE - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado  
MEC - Ministério da Educação  
MPOG - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
MS - Ministério da Saúde  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
ONGS - Organizações não governamentais  
OPAS - Organização Pan-americana de Saúde  
PEC - Proposta de emenda Constitucional  
PNH - Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão de Saúde  
PNHAH - Programa de Humanização de Atenção Hospitalar  
PPP- Parcerias Público Privadas  
PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira  
PT - Partido dos Trabalhadores  
REHUF - Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais  
RJU - Regime Jurídico Único  
RS - Rio Grande do Sul  
RSB - Reforma Sanitária Brasileira  
SIGH - Sistema de Gestão Hospitalar  
SPA - Serviço de Pronto Atendimento  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TCU - Tribunal de Contas da União

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	O PROCESSO DE REDEMOCRATIZAÇÃO E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	24
2.1	A Política de Saúde e o processo de redemocratização	24
2.2	Disputas do campo valorativo da Reforma Sanitária e tendência neoliberal	35
3	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (HU) E A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH)	45
3.1	Alguns apontamentos sobre os Hospitais Universitários	45
4	A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DE ATENÇÃO E GESTÃO DA SAÚDE	56
4.1	A Política Nacional de Humanização (PNH): elementos introdutórios	56
4.2	Categorias de análise: “trabalho”, ”Humanização” e ”práxis”	59
4.3	A Implementação da PNH	69
4.4	Diretriz EBSERH de Humanização: Assistência Humanizada para melhoria da qualidade da saúde	71
5	ANÁLISE DA PNH NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MIGUEL RIET CORREA JÚNIOR	74
5.1	Algumas considerações sobre a pesquisa realizada	74
5.2	Local do estudo, participantes e instrumentos utilizados	75
5.3	Resultados, análise e discussão dos dados	80
5.3.1	Dados gerais	80
5.3.2	Análise das atas das reuniões do GTH e outros documentos	84
5.3.3	Gestores e a questão da PNH	92
5.3.4	GTH e o entendimento sobre Humanização	100
5.3.4.1	Categoria Voluntariado	100
5.3.4.2	Categoria Composição do GTH	102
5.3.4.3	Categoria Ações Humanizadas	104
5.3.4.4	Categoria Responsabilidade na Condução da PNH	106

5.3.5	O olhar dos (as) usuários(as) sobre a Humanização	108
5.3.6	Os trabalhadores e a questão da Humanização	116
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
	REFERÊNCIAS	129
	APÊNDICE I	135
	APÊNDICE II	136
	APÊNDICE III	138
	APÊNDICE IV	140
	APÊNDICE V	142
	APÊNDICE VI	143
	APÊNDICE VII	144
	APÊNDICE VIII	146





## 1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação expressa as inquietações decorrentes da recente atuação da pesquisadora em um Hospital Universitário (HU) vinculado a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), enquanto servidora pública de uma Universidade Federal, associada à experiência profissional em um programa de residência multiprofissional no período de 2012 a 2014.

Ambas vivências, no contexto hospitalar, possibilitaram uma aproximação com os desafios cotidianos na efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão de Saúde (PNH) sendo esta defendida como estratégia de consolidação do modelo de saúde da reforma sanitária.

Em meados do ano 2000, o termo “humanização” insere-se de forma expressiva no debate político a partir da XI Conferência Nacional de Saúde (CNS), que teve como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, sendo apresentado, neste cenário, a reivindicação da humanização pelos usuários dos serviços de saúde e alguns trabalhadores. A partir deste debate, foi instituído em 2001, pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa de Humanização de Atenção Hospitalar (PNHAH), com o objetivo de construir uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil, tendo em vista as diversas queixas de usuários relacionadas a situações de maus tratos no atendimento na área hospitalar (BRASIL, 2001). A humanização enquanto política pública foi regulamentada em 2003, no governo do partido dos trabalhadores (PT) durante o governo de Luís Inácio Lula da Silva (Lula).

No ano de 2003, o Ministério da Saúde “[...] defendeu a priorização do tema da humanização como aspecto fundamental a ser contemplado nas políticas públicas de saúde” (BENEVIDES; PASSOS, 2005a, p.562), onde Regina Benevides, integrante da secretaria executiva e responsável pela coordenação da Política Nacional de Humanização (PNH), e Eduardo Passos, integrante e consultor, revelam que a criação da referida política foi permeada por tensões entre diferentes concepções e debates intensos.

O Programa de Humanização ao se transformar em política pretendeu romper com o entendimento de humanização enquanto ação voluntária e assistencialista, apresentando uma perspectiva crítica de transformação das formas de atenção e de gerir a saúde ao investir nos

sujeitos<sup>1</sup>, nas suas subjetividades e na capacidade de comunicação entre eles, a possibilidade de consolidar um Sistema Único de Saúde Humanizado.

A PNH emerge como movimento de mudança de modelo de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde e,

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, 2010a, p. 4)

A PNH apresenta a “humanização” como transversal no âmbito do Sistema Único de Saúde, devendo atuar na horizontalidade e

ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhorias dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. [...] aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção de saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004, p.7).

Assim, observa-se que a categoria “trabalho” ganha destaque na referida política, tanto no que envolve a formação daqueles que fornecem o cuidado aos usuários, como das condições de trabalho (ou melhor expressando, sua precarização) e gestão dos processos de trabalho (recursos/capital).

A presente dissertação parte do entendimento que a PNH busca inserir-se no contexto das relações sociais da reprodução do capitalismo e não infere diretamente sobre o modo de produção capitalista, prevalecendo um caráter ideológico e mistificado, no sentido de “humanizar” o capital.

O processo capitalista de produção expressa, portanto, uma maneira historicamente determinada de os homens produzirem e reproduzirem as condições materiais da existência humana e as relações sociais através das quais levam a efeito a produção. Neste processo se reproduzem, concomitantemente, as ideias e representações que expressam estas relações e as condições materiais em que se produzem, encobrendo o antagonismo que as permeia (IAMAMOTO E CARVALHO, 2012, p.38).

Analisar a PNH, também nos confronta com a categoria polêmica e recorrente no debate da área da saúde, da “humanização”, pois esta evidencia de imediato o reconhecimento de relações desumanas que ocorrem nos espaços institucionais de saúde.

---

<sup>1</sup>Para a PNH, os sujeitos são os usuários, gestores e profissionais de saúde.

Foram encontrados no banco de teses e dissertações da CAPES<sup>2</sup>, 96 trabalhos científicos que versam sobre “a política nacional de humanização”. Destes, sessenta (60) são dissertações de mestrado acadêmico, vinte e quatro (24) dissertações do mestrado profissional e doze (12) são teses, elaborados entre 2006 e 2017, nos diversos programas de pós-graduação. Contudo constatou-se que destes 96, apenas 26 têm como tema central “a política nacional de humanização”. Os outros focalizaram nas diversas profissões de saúde, em alguns dispositivos da PNH, bem como a referem enquanto prática de cuidado e até mesmo programas de humanização. Abaixo, apresentamos um quadro (1) onde constam os programas de pós-graduação, e os anos de publicação destes 26 trabalhos sobre a Política Nacional de Humanização.

**Quadro 1: Programas de Pós-Graduação e os anos de publicação dos trabalhos sobre PNH**

DOUTORADOS		MESTRADOS ACADÊMICOS	
Serviço Social	2009	Engenharia e Gestão do Conhecimento	2009
Saúde Pública	2014	Saúde da Criança e da Mulher	2009
Psicologia	2015	Psicologia	2010; 2011
Psicologia Social	2015	Saúde Coletiva	(2)2012; (2)2014; 2016
		Ciências Sociais	2013
<b>MESTRADOS PROFISSIONALIZANTES</b>		Sociologia Política	2014
Saúde Coletiva	2010	Gestão Pública	2015
Gestão Social, Educação e desenvolvimento local	2011	Ciência e Saúde	2015
Ensino em ciências da Saúde	2013	Enfermagem	2015;2016
Educação Profissional em Saúde	2017	Gestão Pública e Sociedade	2015
		<b>Políticas Públicas</b>	<b>2016</b>
		Desenvolvimento Regional	2016

Quadro elaborado pela autora a partir das informações subtraídas da Plataforma Sucupira no ano de 2017

Destacou-se nas leituras flutuantes destes trabalhos, que de forma predominante, há uma abordagem da humanização a partir de Foucault e gestão social com enfoque na mudança a partir da linguagem, tendo como metodologia de pesquisa abordagem epistemológica, a metassíntese. Apenas duas teses debatem de fato sobre a PNH enquanto política, sendo utilizado o método da cartografia e da teoria das representações sociais, do campo da Psicologia e Psicologia Social. Observamos que não há nenhuma publicação na área de Política Social, sendo o mais aproximado da temática aqui proposta o trabalho publicado em 2016, na área de

<sup>2</sup> Pesquisa realizada na primeira quinzena de setembro de 2017 no sítio eletrônico. Disponível em: <http://bancodeteses.capes.gov.br/banco-teses/#/>. Acesso em: 20 de fev. de 2019.

Políticas Públicas<sup>3</sup> que analisa a Política Nacional de Humanização da Saúde no âmbito do SUS, a partir do método materialista histórico dialético-crítico, sendo uma pesquisa documental e bibliográfica que buscou um conceito crítico sobre a Política Nacional de Humanização em Saúde. Nela, Talita Fernandes Neulls, (2016, p. 155) refere-se a humanização “[...] ao processo da construção social do homem e da ação social dos seres humanos, através do trabalho. Um trabalho que só pode ser compreendido pela relação dialética intrínseca com a natureza”.

A referida autora conclui em seu trabalho a incompatibilidade da mesma com as transformações com a qual se propõe “[...] por não conseguir resolver o problema da desumanização, visto o crescente processo de terceirização e flexibilização laboral” (NEULLS, 2016, p. 07).

Em oposição, mas não menos relevante e crucial para este debate, Letícia Batista Silva e Alessandra Gomes Mendes (2013, p. 58) afirmam que a PNH opera nas rachaduras de um SUS que não se consolidou plenamente e que, não tendo um sentido isolado, inscreve-se no campo das disputas políticas de saúde no Brasil, e afirmam “[...] o caráter estratégico que essa política *pode ter*, mas de forma alguma essa condição está dada”.

A autora do livro “Humanização em Saúde: intencionalidade política e fundamentação teórica” de Marina Monteiro de Castro e Castro (2018), também construído a partir do método materialista dialético-crítico, aproxima-se de Neulls, mas com um viés diferente, pois já aponta que a humanização tem um viés “restrito”,

[...] uma vez que não problematiza as bases do processo de humanização/desumanização na sociedade capitalista e não está vinculada a um projeto societário emancipatório. [...] A PNH e seu arcabouço teórico não apontam também a centralidade na determinação das condições de saúde da população (CASTRO, 2018, p. 168).

Desta forma evidenciou-se a relevância e necessidade de aprofundar a discussão da dissertação baseada em estudo documental e bibliográfico de Neulls (2016) e Castro (2018), da PNH, pois, como Michael Howlett (2013, p. 9) afirma, “embora estes documentos sejam fonte vital de informação, as políticas públicas vão além do registro da investigação formal e das decisões oficiais, para englobar o rumo das decisões potenciais ou daquelas que não foram tomadas”.

Ainda, considerando Howlett (2013, p. 04 e 55), a “[...] teoria da política pública sempre colocou o foco nessas três dimensões, ‘atores, instituições e ideias’ e que estes ‘formam a base

---

<sup>3</sup> NEULLS, Talita Fernandes. Análise acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde no âmbito do SUS'. Mestrado em POLÍTICAS PÚBLICAS. Instituição de Ensino: Universidade Federal do Maranhão, São Luís: 2016.

comum para onde todas as teorias políticas convergem, a partir de diferentes rumos e com distintos pontos de vista”.

Howlett (2013, p.09) nos adverte, “[...] a opção governamental por uma política pode ser limitada, por exemplo, pela falta de recursos financeiros, de pessoal, ou de informação, por obrigações decorrentes de tratados internacionais ou pela resistência doméstica a determinadas opções”.

Assim, esta dissertação buscou a partir do método materialista dialético-crítico de abordagem qualitativa dos sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) analisar o processo de efetivação da Política Nacional de Humanização em um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul, a partir da adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Para tanto, buscou identificar quais **os projetos de saúde** (reforma sanitária ou privatista) estão ocultos nos discursos dos sujeitos, bem como se expressam nas ações da PNH deste hospital; Identificar se as **diferentes formas de contrato de trabalho** (Regime Jurídico Único Federal e Consolidação das Leis Trabalhistas) interferem nas ações de Humanização implementadas; **Identificar se as ações de humanização estão respondendo às demandas da população usuária ou Capital.**

Desta forma, no capítulo intitulado **O processo de Redemocratização e a Política de Saúde no Brasil** buscou-se analisar o tema a partir do processo de redemocratização e da Política Nacional de Saúde do Brasil, dentro do contexto neoliberal, tendo em vista que a Política de Saúde prevista na Constituição Federal de 1988 (CF de 1988) tem sofrido sérios ataques pelas medidas governamentais de cunho neoliberal, que vêm direcionando a gestão da política de saúde dos hospitais universitários, para uma lógica privatista, o que constitui um risco ao seu caráter universal.

A saúde no Brasil é permeada de disputas entre classes sociais materializada em projetos societários distintos e antagônicos. Neste cenário de disputa, durante a transição do período ditatorial ao processo de democratização brasileira, o projeto da reforma sanitária no Brasil prevaleceu a partir do marco jurídico legal na CF de 1988, onde se reconhece no título da Ordem Social e art.196 a Saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Neste capítulo revisitou-se o processo de redemocratização do país, pois segundo Elaine Rossetti Behring e Ivanete Bodchetti (2011, p.164), “a proposta de saúde pública e universal parece estar na prática sofrendo um processo de privatização passiva (Draibe,1990) ou de uma “democracia inconclusa” (Gerschman,1995)”. Concorda-se com Afílio Boron (1994) quando o mesmo refere que a democracia não se dá de forma linear e ininterrupta e que ela por si só

não dissolveria os problemas estruturais do capitalismo latino-americano, sendo, portanto, permeada por avanços e retrocessos.

Neste sentido, na própria CF de 1988, no art. 199, consta que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, de forma complementar, o que tem propiciado a abertura de iniciativas privadas e de planos de saúde, de cunho focalizado, como resultado das tensões geradas entre o projeto da reforma sanitária e a agenda neoliberal na década de 1990 em face da mundialização do capital, impulsionadas pelos organismos internacionais, em destaque para as recomendações do Banco Mundial.

No capítulo intitulado **Hospital Universitário (HU) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares** procuramos trazer, de forma breve, a realidade dos Hospitais Universitários (HU's) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), seus limites e possibilidades, enquanto espaço privilegiado, onde realizamos a pesquisa.

No capítulo seguinte, discorreremos acerca da **Política de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde (PNH)**, fazendo uma contextualização acerca da sua estrutura, implementação, bem como, apresentamos a diretriz da EBSERH sobre humanização e suas categorias de análise. Podemos afirmar que a partir do referencial teórico identificamos quatro abordagens da categoria “humanização”<sup>4</sup>, sendo: humanização a partir da relação queixa/conduita; humanização a partir da abordagem foucaultiana com enfoque na linguagem e comunicação; humanização a partir da superação do modo de produção capitalista; e humanização a partir da relação “humanização-alienação” e da práxis.

No último capítulo, apresentamos o processo de desenvolvimento da pesquisa, a metodologia, os aspectos éticos, os participantes e os instrumentos utilizados para a coleta dos dados, como também a análise e interpretação dos dados e os resultados encontrados.

Finalizamos esta dissertação com as considerações finais, onde buscamos responder **como vem sendo efetivada a Política de Humanização em um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul, a partir da sua adesão à EBSERH ?**

---

<sup>4</sup> As abordagens identificadas serão problematizadas no capítulo destinado a apresentação do referencial teórico deste estudo.

## **2 O PROCESSO DE REDEMOCRATIZAÇÃO E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**

Inicia-se este capítulo com uma breve apresentação dos elementos centrais para a análise e discussão do contexto em que se insere a PNH. Assim, situa-se que estamos inseridos em uma sociedade capitalista, a qual vem se manifestando de diversas formas. De modo geral, as relações sociais estabelecidas neste tipo de sociedade,

[...] materializam-se a partir do conceito marxista de reificação<sup>5</sup> em que ocorre a personificação da mercadoria e coisificação de sujeitos, esses se alienam e não se reconhecem no que produzem (LUKÁCS,2003). Nessa relação está a exploração da produção de mais valia<sup>6</sup> e a luta de classe, e se estabelece a constituição de um processo de precarização<sup>7</sup> e resistência (SPOTORNO; WÜNSH, 2014, p. 88).

Desta forma para a compreensão da Política de Saúde, em um aspecto amplo e geral, concorda-se com Zenaide Neto Aguiar (2015, p. 17) quando refere que “a evolução da política de saúde deu-se em estreita relação com a evolução da política econômica e social da sociedade brasileira, obedecendo a ótica do capitalismo nacional, por sua vez, influenciado pelo capitalismo internacional”.

### **2.1 A Política de Saúde e o processo de redemocratização**

Neste estudo se priorizou o debate sobre a política de Saúde a partir do processo de redemocratização do país, que na contramão das orientações políticas em nível mundial, elaboraram as bases da CF de 1988, conhecida como Constituição Cidadã. Construída democraticamente, estabeleceu em seu artigo 196 a saúde como direito de todos e dever do estado, onde a saúde passou a constituir junto à previdência social e à assistência social, a Seguridade Social como modelo de Sistema de Proteção Social do Brasil, atribuindo ao país, entre outros elementos, o caráter de Estado Democrático de Direito.

---

<sup>5</sup> Reificação, termo elaborado por Lukács (2003) na análise do fenômeno da alienação e fetichismo da mercadoria.

<sup>6</sup> O lucro apropriado pelo empregador a partir do que o trabalhador cria como excedente (MARX, 1980).

<sup>7</sup> Para Alves (2007), a precarização é um processo que possui uma irremediável dimensão histórica determinada pela luta de classes e pela correlação de forças políticas entre capital e trabalho e que na atualidade, fundamentalmente está relacionada a ausência ou perda de direitos dos trabalhadores.

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído inicialmente pelas leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990, configura o modelo de ações e serviços de saúde do Brasil. Entretanto, é a partir da década de 1990 que temos a emergência da política de orientação neoliberal e o acirramento da tensão entre dois projetos em disputa: o modelo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e aquele vinculado ao mercado, ou privatista.

Neste cenário atual, emerge a Política Nacional de Humanização na Atenção e Gestão da Saúde (PNH), que se justifica ao referir que no percurso da construção do SUS, para além dos avanços na área da saúde, alguns problemas persistem, “[...] impondo a urgência, seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos [...]”, sendo apontado por esta política, que o motivo dos desafios que permanecem, são “as profundas desigualdades socioeconômicas” (BRASIL, 2010a, p. 4).

Seguindo os preceitos de Sonia Fleury e Assis Mafort Ouverney (2012) a política de saúde, enquanto política social está sujeita a múltiplos determinantes, muitas vezes contraditórios. E, assim, a análise de uma determinada política de saúde está calcada nas relações sociais que se encontram no movimento dialético da interface entre Estado, sociedade, mercado, e as disputas de projetos societários.

[...] cada sociedade responde à necessidade de criar políticas de proteção social de acordo com os valores compartilhados, com suas instituições, com a relação de maior ou menor peso do Estado, da sociedade e da comunidade. Em cada contexto singular, com uma dada relação das forças sociais, emergirá um modelo de proteção social peculiar àquela sociedade (FLEURY; OUVERNEY, 2012, p. 25).

Entende-se, portanto, que a PNH emerge dentro da disputa do campo valorativo da política de Saúde. Apresenta-se em defesa do SUS e de acordo com os preceitos da Reforma Sanitária e por isso ancorada nas orientações de Sarah Escorel e Luiz Antonio Teixeira (2012), para uma melhor compreensão do nosso sistema de saúde, nas suas configurações atuais, e assim, poder analisar o contexto em que a PNH se insere, se faz necessário o conhecimento do processo histórico de conformação do SUS.

Seguindo as reflexões de Elaine Rossetti Behring e Ivanete Boschetti (2011), no sentido de evitar um debate sobre a política de saúde em seu aspecto meramente descritivo, as ações e primeiras formas de política de saúde que antecederam o SUS serão brevemente contextualizadas, pois parte-se do princípio de que discutir a PNH enquanto campo valorativo e cultural, se faz necessário conhecer como este campo vem se constituindo.



Uma análise mais descritiva, minuciosa e reflexiva sobre a história das ações de saúde que antecedem a construção de Políticas de Saúde no Brasil, em um período de 1822 a 1963, podem ser encontradas em textos e artigos de Sarah Escorel e Luiz Antonio Teixeira (2012); Ligia Bahia (2012) e Zenaide Neto Aguiar (2015), entre outros. Já análises mais aprofundadas a partir de 1930, podem ser encontradas em textos e artigos de Débora Holanda Leite Menezes (2017), Maria Inês Souza Bravo (1996 e 2008), Sarah Escorel (2012), entre outros.

Em relação ao período colonial do Brasil até o ano de 1930, ao fazer um recorte das descrições e reflexões dos referidos autores constatou-se que as ações de saúde estavam relacionadas à *episódios pontuais de crises sanitárias*. As ações em saúde destinavam-se ao combate de endemias e epidemias que ameaçam o processo de comercialização, sendo o foco destas ações os portos e infraestrutura dos grandes centros urbanos. Ou seja, os valores compartilhados desta sociedade buscavam minimizar os problemas de saúde com forte impacto e repercussões na produção econômica e, conseqüentemente, com potencial prejudicial ao comércio internacional, e não com o foco nas pessoas, enquanto cidadãos e portadoras de direitos que habitavam o Brasil – a população na época era constituída por pessoas escravizadas, indígenas, e a elite. Este tipo de cuidado se estendeu, posteriormente, para uma preocupação com os imigrantes europeus, na época, necessários para a economia brasileira e para povoação da nação que surgia. Isto é, apenas os imigrantes que tinham uma ligação com o setor produtivo, tornaram-se importantes. Os povos negros e indígenas continuam excluídos de qualquer assistência.

No início do século XX, nossas elites ainda não haviam voltado a atenção para o interior do País. Na verdade, sua grande maioria desprezava essas regiões, pois via na população mestiça que nela habitava a ruína na sociedade. Na sua concepção racista, o embranquecimento<sup>8</sup> – a ser alcançado principalmente através da ampliação da imigração europeia era a única opção para o País (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012, p. 293).

No período subsequente, do ano de 1930 até meados 1970, identificou-se, a partir dos referidos autores, que a lógica das ações de saúde permaneceu imbricada com o desenvolvimento socioeconômico e produtivo do país. Contudo, na ocasião da formação de uma nação moderna, industrializada, passa-se a adquirir novas configurações. Iniciam-se as primeiras formas de previdência social, a partir de um modelo de proteção social, fundada no Seguro Social. Originalmente como Caixas de aposentadorias e Pensões (CAPS); logo como

---

<sup>8</sup> Uma discussão mais aprofundada sobre o racismo no Brasil pode ser encontrada no livro *Rediscutindo a mestiçagem no Brasil* de Kanbengele Munanga. Editora Autêntica, 2004. Belo Horizonte/MG.

Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS); posteriormente como Instituto Nacional de Previdência Social e Assistência Social (INPS).

No modelo de seguro social, a proteção social dos grupos ocupacionais estabelece uma relação de direito contratual, na qual os benefícios são condicionados às contribuições pretéritas e à filiação dos indivíduos a tais categorias ocupacionais que são autorizadas a operar um seguro. A organização altamente fragmentada dos seguros expressa a concepção dos benefícios como privilégios diferenciados de cada categoria, como resultado de sua capacidade de pressão sobre o governo. Como os direitos sociais estão condicionados à inserção dos indivíduos na estrutura produtiva, Wanderley dos Santos denominou a relação como de cidadania regulada pela condição de trabalho (FLEURY, 2009, p. 745).

A partir dos referidos autores alguns apontamentos sobre a formação do sistema de previdência social no Brasil se fazem necessários<sup>9</sup>: o primeiro é que um estudo minucioso vai evidenciar que a inserção de novas categorias de trabalhadores a serem beneficiados com algum tipo de assistência à saúde, foi lenta, segmentada, gradual e desigual. O segundo aspecto, é de que a gradativa vinculação e envolvimento do Estado proporcionou um maior controle por parte deste, que culminaram em medidas contencionistas, onde os recursos capitalizados na época, pela previdência foram redimensionados<sup>10</sup> para impulsionar o processo de industrialização do país. E terceiro, a atenção a saúde se dividia em medidas de saúde pública, a partir do conceito de “sanitarismo campanhista” – onde as ações de saúde públicas eram pontuais e esporádicas - e de assistência médica curativa-privatista, fornecido por profissionais liberais às elites e aos trabalhadores gradualmente inseridos no sistema de seguro social. Em contraponto, durante o segundo mandato de Getúlio Vargas até o golpe militar de 1964 surge um outro grupo de sanitaristas, intensificando o debate sobre a política de saúde do país: os “sanitaristas desenvolvimentistas”.

A ideia do pensamento sanitarista desenvolvimentista era de que o nível de saúde de uma população depende, em primeiro lugar, do grau de desenvolvimento econômico de um país ou de uma região e que, portanto, as medidas de assistência médico-sanitária são, em boa parte, inócuas quando não acompanham ou não integram esse processo (SCOREL; TEIXEIRA, 2012, p. 310).

Ainda em relação à previdência social, com a unificação dos IAPS, a partir do INPS e o aumento significativo de categorias profissionais que gradativamente iam sendo incluídas na

---

<sup>9</sup> Tendo o cuidado para evitar uma análise mais reducionista, e propor um maior aprofundamento analítico deste período, sugere-se a leitura dos autores: Bravo (1996 e 2008), Scorel (2012).

<sup>10</sup> Scorel e Teixeira (2012), referem que vários percentuais de arrecadação foram recolhidos por meios de decretos.

cobertura dos benefícios previdenciários, houve também um aumento das demandas pelos serviços médicos previdenciários, fato que proporcionou a mercantilização da saúde.

Para a concretização dessa estratégia, várias medidas foram formadas: financiamento a hospitais privados e credenciamento para a compra de serviços e convênios com empresas. A articulação da previdência com o setor privado se deu com a compra de serviços médicos, mediante o credenciamento pelo INPS dos serviços privados para atendimento de pacientes segurados (BRAVO, 1996, p. 33).

Como pode se observar, no desenvolvimento da saúde e previdência social, em todos os seus governos (período do Getúlio Vargas 1930-1945; período de redemocratização e desenvolvimentismo 1946-1963; período da Ditadura Militar de 1964 a 1985) vão se constituindo a mercantilização da saúde através de um complexo econômico e industrial da saúde (Ceis)<sup>11</sup>, tendo como pano de fundo conforme Aguiar (2015) em períodos distintos, a expansão capitalista com investimento nacional e a expansão a partir da abertura ao capital estrangeiro.

Parte da base conceitual da economia política para analisar a relação sistêmica existente entre determinado grupo de segmentos produtivos (industriais e de serviços) voltados para a prestação de bens e serviços de saúde. Promove a caracterização de cada um dos segmentos desse complexo: 1) o segmento industrial de base química e biotecnológica (indústria farmacêutica, vacina, hemoderivados e reagente para diagnóstico); 2) o de base mecânica, eletrônica e de materiais (equipamentos e materiais médico-hospitalares e odontológicos); e 3) o segmento de serviços (produção hospitalar, laboratorial e de serviços de diagnóstico e tratamento) (GADELHA, MALDONADO e COSTA, 2012, p. 213).

Gadelha, Maldonado e Costa (2012, p. 214), introduzem a reflexão sobre o complexo da saúde o seu caráter estratégico no desenvolvimento do país, de forma a sustentar um “modelo de desenvolvimento socialmente inclusivo” e tendo em vista a necessidade de ultrapassar “a dicotomia hoje”, que vem prescrevendo um “estabelecimento de hierarquia entre os interesses econômicos e os sociais”, de forma favorável ao primeiro. Contudo reconhecem a fragilidade na base produtiva e tecnológica do Brasil.<sup>12</sup>

Embora se considere que o interesse econômico prevaleceu em detrimento do social durante o período da ditadura militar, se faz necessário afirmar que apesar das expectativas dos

---

<sup>11</sup> Considerando os autores: Carlos Augusto Grabois Gadelha; José Manuel Santos de Varge Maldonado; Laís Silveira Costa (2012), foi identificado por Hésio Cordeiro, em 1980 a existência de um complexo industrial no âmbito da saúde, a qual foi aprofundada por Gadelha em 2002.

<sup>12</sup> Para entender como se caracteriza o Ceis no Brasil ver Gadelha, Maldonado e Costa (2012).

autores desde o período de redemocratização do país, que se inicia após a finitude da ditadura militar, estabelecimento da CF de 1988 e a constituição do SUS, até os dias atuais, os interesses econômicos cada vez mais se sobrepõem ao social, apesar de se considerar que existe uma relação dialética do social-econômico da área da saúde. Por isso causa um desconforto afirmar uma relação de dicotomia, como supracitada, mas quando se discute, inspirada em Bravo (1996; 2008), a existência de uma disputa entre dois projetos societários: o modelo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e aquele vinculado ao mercado, ou privatista, é substancial afirmar a necessidade de se evitar o risco de submeter essa reflexão a uma análise mais reducionista e/ou descontextualizada. Assim, de forma a ampliar a compreensão do fenômeno de “dois” projetos em disputas que persistem em nossa sociedade, algumas notas reflexivas são necessárias.

Primeiro, tentou-se evidenciar com a breve incursão das ações de saúde do Brasil até o período de redemocratização do país o quão desigual foi a formação e desenvolvimento da sociedade brasileira.

Em nível mundial, os países capitalistas que possuíam um Estado intervencionista, ou Keynesiano, em que os sistemas de proteção social eram baseados em diversos modelos de Welfare State, viviam na década de 1970 uma crise de grandes proporções. A partir desta crise o neoliberalismo se destaca e ganha força, gradativamente. No Brasil, por exemplo, destacamos que sua maior expressão ocorreu a partir da década de 1990.

Conforme os escritos de Perry Anderson (1995), o fenômeno- neoliberalismo- surge após a II Guerra Mundial, na região da Europa e da América do Norte, como uma reação teórica e política contra o Estado Keynesiano, conduzida por Friedrich Hayek em seu texto “O Caminho da Servidão”, de 1944. De forma sucinta, e sem esgotar o assunto, o neoliberalismo<sup>13</sup> significa um Estado mínimo para os direitos sociais e, em contrapartida, máximo para a economia.

Na década de 1970, o modelo de acumulação fordista vigente entrou em crise, sendo utilizado para seu enfrentamento a estratégia da reestruturação produtiva. Porém, no Brasil, a crise foi enfrentada a partir do movimento de transição democrática, gradual, e protagonizada pelos movimentos sociais e pelo movimento sindical. Se torna imperativo destacar o processo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) enquanto uma reforma social e não setorial de saúde. Jairnilson Silva Paim (2012, p. 07) afirma que, “[...] muitas vezes, associado à proposta do SUS, o projeto da RSB, na realidade, era mais amplo que o SUS”.

---

<sup>13</sup> O campo valorativo do neoliberalismo será devidamente abordado no item XX.

No Brasil, ao contrário das tendências neoliberais em curso mundialmente, surge, conforme Sarah Escorel (2012), ainda no final da década de 1960 e início da década de 1970, antes do período de redemocratização do país, em nível internacional, a discussão de “necessidades metodológicas” e marcos teórico que relacionassem os processos de saúde com a estrutura social. É que passou a constituir a “base teórica e ideológica do que seria um pensamento médico – social”. A estratégia dessa nova abordagem dos problemas de saúde:

[...] foi realizada nos departamentos de Medicina Preventiva (DMP) criados, por lei, em todas as faculdades de medicina na Reforma Universitária de 1968. Nesses locais, iniciou-se o que chamamos de bases universitárias do movimento sanitário (Escorel, 1999), um movimento social que propunha uma ampla transformação do sistema de saúde (ESCOREL, 2012, p. 330).

A partir dessas experiências, no interior da ditadura militar em 1970, encontramos três correntes de pensamento, que segundo Sarah Escorel (2012, p. 332 apud PAIM, 1985) podem ser divididos a partir da conceituação do ‘social’ em saúde: “para o preventivismo, trata-se de um conjunto de atributos pessoais [...]; para o modelo racionalizador, um coletivo de indivíduos; para a abordagem médico-social, um campo estruturado de práticas sociais”. Estas correntes dão as bases para construção do sistema de saúde como conhecemos hoje, mas, as contradições e os diversos projetos societários que vão se modificando para além dessas três correntes.

Considerando Maria Inês de Souza Bravo (1996 e 2008) e Sarah Escorel (2012), o período que corresponde ao processo de democratização do país, e a continuidade da construção do movimento de reforma sanitária, inicia-se ainda na época da ditadura, nos anos de 1974 a 1979, denominado como o período de distensão política, seguido pela abertura política que vai de 1979 a 1985, que culmina com a transição democrática entre 1985 a 1990.

É neste período de *distensão política* que Bravo (1996, p. 33) aponta o descrédito dos setores até então apoiadores da ditadura, pois “[...] o Estado favoreceu francamente a ampliação dos lucros dos monopólios, especialmente transnacionais”, excluindo os setores parceiros, provocando seu isolamento político. Bravo (1996, p. 34) também indica outros fatores que culminaram na desaprovação popular como o “[...] aprofundamento da dívida externa, a elevação da taxa inflacionária, a recessão econômica, desemprego, ampliação do processo de pauperização das classes trabalhadoras, crescimento da mortalidade infantil e da morbidade por doenças infecciosas”. Com isso,

o processo de resistência democrática se ampliou e se aprofundou, atraindo atores e setores antes vinculados ao movimento golpista ou por ele

neutralizados. O regime precisou fazer concessões e negociar as vias de transição para outras formas de dominação (BRAVO, 1996, p. 34).

Neste período de *distensão política*, foram muitas as bandeiras de lutas levantadas por diversos atores sociais, pesquisadores, movimentos sociais, etc. Contudo, na questão da saúde, Bravo (1996, p. 44) refere que “a difusão das propostas de saúde de medicina comunitária, com o apoio da Organização Mundial de Saúde e da Organização Panamericana de Saúde, ocorreu no Brasil na década de 70”. Isto proporcionou a organização de encontros por setores progressistas de profissionais da saúde pública, que passou a agregar diferentes personalidades, que foram posteriormente denominados como “movimento sanitário”.

Chamamos de ‘movimento sanitário’ (SCOREL, 1999) o movimento de profissionais da saúde e de pessoas vinculadas ao setor que compartilha o referencial-médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil, em prol de melhorias das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania (SCOREL, 2012, p. 341).

Segundo Sarah Scorel (2012), a formação original do movimento sanitário, era constituída por três vertentes, sendo a primeira composta pelo movimento estudantil –que se caracterizou por difundir a teoria da medicina social - e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) – um órgão de representação na sociedade, de estudo e de articulação com outros movimentos sociais e de difusão através da revista Saúde em Debate; a segunda vertente composta pelo movimento de Médicos Residentes e de Renovação Médica – que se dedicaram ao debate relacionado ao mundo do trabalho, devido aos intensos conflitos entre a ideologia liberal e a ideologia assalariada trabalhista da categoria; e a terceira vertente, por profissionais da academia (docentes e pesquisadores), onde foram construídos o marco teórico e referencial ideológico do movimento.

Como estratégia para fortalecimento do movimento, Bravo (1996, p.46) destaca que “[...] a estratégia dos sanitaristas, de penetração no aparelho de Estado, de forma orgânica, para fortalecer o setor público, só ocorreu a partir de 1979”, o assalariamento dos médicos e sua absorção nas instituições públicas se consagrou de forma extremamente pertinente para o fortalecimento do movimento sanitário que se formava.

De 1979 a 1985, ocorreu o que Bravo (1996), denominou como *abertura política*, sendo que a “abertura” teve um viés mais controlador, buscando evitar a “entrega” do poder à “oposição democrática”. Foi apontado pela autora, que neste período a crise econômica se

intensificou, o que culminou com o empréstimo ao Fundo Monetário Internacional (FMI) e no arrocho salarial. Importante destacar a rearticulação partidária. Esta sob condições do regime e também de forma expressiva e com “independência de qualquer fração burguesa”, e o crescente e importante movimento dos trabalhadores. A crise na saúde aprofundou e revelou-se também o movimento das “Diretas Já” neste período.

Nesse período, a *questão saúde* [...] deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nessa conjuntura, destacam-se: os profissionais de saúde, apresentados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o CEBES como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da *Saúde e Democracia* e elaboração de contrapropostas; [...]. Outro fator importante foram as eleições estaduais de 1982 e municipais de 1984, com a vitória da oposição em alguns estados e municípios, o que levou alguns expoentes do movimento sanitário e do CEBES a assumirem cargos no primeiro escalão das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. [...]. Essas oportunidades favorecem a estratégia política coordenada pelo CEBES, de colocar em prática a política de **reformas do setor saúde**<sup>14</sup> (BRAVO, 1996, p. 62, grifo nosso).

Paim (2012) destaca que Sérgio Arouca, precursor da RSB, pensava o processo de transformação sanitária em quatro dimensões: específica, institucional, ideológica e das relações, destacando dois sentidos:

O primeiro, enquanto objeto específico, ou seja, no campo das instituições, do aparelho de Estado e do setor privado, da produção de mercadorias e equipamentos na área de saúde, na formação de recursos humanos para a área. O segundo sentido, assumindo-se o conceito ampliado de saúde, como equivalente a nível de vida e, portanto, relacionado às condições de educação, habitação, saneamento, salário, transporte, terra, lazer, meio ambiente, liberdade e paz, a Reforma Sanitária se apresenta como parte integrante de um conjunto amplo de mudanças da sociedade (AROUCA apud PAIM, 2012, p. 14).

Sarah Escorel (2012) apontou para a transição democrática o “esgotamento da aliança que sustentara o regime burocrático autoritário (empresariado nacional, capital internacional e a tecnoburocracia militar e civil), embora “os cinco anos (de 1985 a 1990) da “transição democrática” (BRAVO, 1996) ou “Reforma Sanitária incompleta”, foram permeados por

---

<sup>14</sup> Apesar de usar a citação de BRAVO (1996), neste estudo entende-se a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) conforme concepção de Jairnilson Silva Paim (2012), de que a RSB não se restringe ao setor da saúde.

projetos societários antagônicos, em que são apontadas três concepções para o setor da saúde, conforme quadro (2) abaixo:

**Quadro 2 – Propostas e atores do setor saúde**

PROPOSTA	ATORES	CARACTERÍSTICAS
Conservadora	Empresários hospitalares e produtores de equipamentos e insumos	Baseado na compra de serviços ao setor privado pelo setor público.
Modernizante/privatista	Grupos multinacionais atuantes na prestação de serviços de saúde.	Regras capitalistas de mercado, autonomia concorrencial entre prestadores de serviços privados; apenas competia ao Estado ações de alcance coletiva e serviços à população rural e carente.
Racionalizadora/reforma sanitária	Técnicos progressistas de saúde e movimentos populares.	Saúde como direito e responsabilidade do Estado; setor privado seria complementar e subordinado; financiamento adequado; política salarial justa.

Quadro elaborado a partir de Rodrigues Neto (1985:11-13) apud Bravo (1996, p. 74-75).

Desde 1977, nos editoriais da Saúde em Debate da CEBES retoma-se a ideia da RSB imprimindo conceitos, fortalecendo debates e experiências de outros países, que culminaram na 8ª Conferência Nacional da Saúde (8ª CNS), em 1986, onde prevaleceu a proposta racionalizadora supracitada, sendo posteriormente reconhecidos na CF de 1988 – Título VIII - Da ordem social: seção II – Da Saúde, e regulados e legitimados nas leis de número: 8.080/90 e 8.142/90. Imprimindo ao SUS os princípios de descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A Constituição de 1988, com perfil bastante programático em diversos aspectos, propôs um novo ordenamento ao setor saúde, propiciando um desenho particular em aspectos ético-políticos fundamentais. Universalizou-se o direito à saúde, apontando para a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. Abriram-se espaços para gestão e democratização dos serviços de saúde, com a ampliação da participação popular, possibilitando o controle social por diferentes sujeitos coletivos que interagem entre si e com o Estado. Essa ação sinalizou, de forma inequívoca, uma tendência para o Estado de Bem Estar institucional-redistributivo, na linha da social-democracia (NOGUEIRA, 2002, p. 154).

Apesar da VIII CNS ter alicerçado a proposta racionalizadora, alimentada pelo “movimento sanitário”, esta foi permeada de interesses antagônicos ou dois projetos em conflitos, o projeto da Reforma Sanitária e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista (Federação Brasileira de Hospitais e Associação de Indústrias farmacêuticas) (BRAVO, 1996; 2008; 2013).



Portanto, ao assumir um conceito amplo de saúde a 8ª CNS entendia a RSB para além de uma reforma administrativa e financeira. Assim, após o evento a Fiocruz criou o Jornal da Reforma Sanitária para difundir e debater as teses e proposições do projeto da RSB. Simultaneamente, o governo federal instituiu a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) que, entre vários documentos, produziu um texto encaminhado à Assembleia Constituinte como subsídio para o capítulo saúde da Constituição. A sua concepção sobre a RSB, no entanto, reduzia-se a uma reforma do setor saúde, ou seja, uma mudança apenas no sistema de serviços de saúde (BRASIL apud PAIM, 2012, p. 11-12).

A Reforma Sanitária que se constituía fazia parte de uma longa luta por uma redemocratização da sociedade, do Estado e suas instituições. Porém, enquanto se discutia o projeto da lei orgânica da saúde,

após uma interrupção de seis meses na circulação do Jornal da Reforma Sanitária, a sua manchete de julho de 1989 era bastante expressiva da força daqueles dispositivos e práticas políticas: ‘Clientelismo ameaça Sistema Único’. E o subtítulo ainda era mais preciso: ‘Discussões sobre Lei Orgânica da Saúde põem à mostra submissão do sistema ao fisiologismo político’ (PROPOSTA apud PAIM, 2007, p. 154).

Paim (2007, p. 158) refere que por “ironia da história, os partidos e grupos que se opuseram à Reforma Sanitária passaram a ser os responsáveis pela implementação do SUS”, e o cenário em que se discutia o projeto da Lei Orgânica da Saúde, era o de profunda instabilidade econômica com hiperinflação e crise fiscal do Estado.

O processo de redemocratização do Brasil, permeado de tensionamentos gerados pelas disputas antagônicas ainda nos dias de hoje, sofre, desde a década de 1990 um processo de desmonte dos direitos previstos na CF de 1988 que, recém promulgada, encontrou empecilhos políticos para sua efetivação. A partir da reaproximação dos dirigentes do país com as orientações dos organismos multilaterais como o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) propondo um outro sentido para as responsabilidades do Estado prevista na Constituição, utilizando-se do discurso “mistificador: de fazer crer que a crise afeta a todos da mesma maneira, e, portanto, requer sacrifícios de todos” (BRAVO, et al, 2013, p. 183). Não se pode nem afirmar que os direitos previstos na CF de 1988 são impraticáveis, pois foram subjugados por emendas, decretos, leis complementares e de regulação com ideário neoliberal.

Para Camila Potyara Pereira (2016) houve uma fusão conflitante e contraditória das ideologias neoliberais e neoconservadoras que derivou em uma nova prática política, econômica, social e cultural, sendo que

o saldo dessa mescla neoliberal-conservadora foi a institucionalização de um Estado socialmente limitado, não garantidor de direitos sociais, provedor de políticas de proteção social residuais, contingenciais e estigmatizantes, por um lado, embora forte, centralizador e controlador, por outro (PEREIRA, 2016, p. 120).

Maria Inês Souza Bravo e Morena Gomes Marques (2013, p. 212), “destacam a marcante adesão dos trabalhadores, através de parcerias desenvolvidas pelos sindicatos com as empresas e planos privados de saúde”. Conformando assim um ponto interessante apontado por PAIM (2012), que é de que a classe média, constituída por trabalhadores mais organizados e empregados públicos, por terem seus próprios planos de saúde, não manifestaram interesse em relação ao SUS, sendo que aqueles que eram menos organizados, como os trabalhadores informais, rurais e desempregados, desproviavam de força política para pressionar a saúde de âmbito nacional.

Todos esses aspectos vão fazendo com que a RSB, de forma progressiva, fosse reduzida ao SUS, ou reforma do setor saúde, destacando apenas os problemas de financiamento e, segundo PAIM (2012, p. 20), secundarizando a questão sanitária expressa nas condições de saúde e na sua determinação social, bem como na mudança do modelo de atenção.

Nessa conjuntura pós-88, as políticas econômicas e sociais implementadas pelos governos tiveram uma direcionalidade distinta da RSB, inspiradas no neoliberalismo ou no social-liberalismo. O Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), que exerceu a Presidência da República por oito anos, esteve longe de se comprometer e implementar até mesmo aqueles princípios e diretrizes da RSB de caráter social-democrata. O mesmo ocorreu com o Partido dos Trabalhadores (PT), entre 2003-2010, quando não assegurou a estabilidade do financiamento da saúde nem investiu na elevação da consciência sanitária da população (PAIM, 2012, p. 22).

No subtítulo abaixo, busco examinar as questões relativas ao campo valorativo da Reforma Sanitária e da tendência neoliberal.

## **2.2 Disputas do campo valorativo da Reforma Sanitária e a tendência neoliberal**

Tanto Marina de Castro Castro (2018), ao discutir a humanização em seu aspecto “restritivo”, quanto Talita Neulls (2016), que discute a incompatibilidade da humanização frente a não vinculação da desumanização com o sistema capitalista, afirmam que o que existe é uma crise no âmbito material e não valorativo, ou seja, no sistema de modo de produção capitalista e não nos valores defendidos ou empregados em nossa sociedade. Aqui,

consideramos que esta crise é dialética, sendo a crise valorativa intrínseca à crise material. Por isso, neste momento entende-se necessário fazer algumas ponderações e reflexões. O ponto de partida é que existe uma diferença entre o Movimento Sanitário, de 1970/80, da Reforma Sanitária Brasileira tal como foi constituída e vem se constituindo. Dâmaso (2011) contribui para esta discussão ao afirmar que as “três grandes visões de mundo: neoliberal, social-democrata e socialista”, apontam para um referencial comum: a democracia. Contudo, em cada uma dessas “visões de mundo”, a democracia se comporta diferentemente. Assim,

embora com divergências profundas, as posturas socialistas e social-democracia apontam para a construção de uma democracia baseada no fortalecimento do espaço público, em políticas sociais abrangentes e no controle estatal dos bens de consumo coletivos e setores econômicos essenciais (DÂMASO, 2011, p. 103).

Sabe-se que o movimento sanitário era formado por um grupo heterogêneo, mas para Dâmaso (2011), a linha social-democrata do movimento sanitário caracterizou a Política de saúde em função da avaliação conjuntural, tendo suporte dos socialistas com tendência institucional. Ainda assim, contribuições de Vera Maria Nogueira (2002) apontam que

o direito à saúde, colocado na Constituição brasileira, ultrapassa a concepção liberal e, até mesmo, a social-democrata. A satisfação das necessidades de saúde é um direito independente de contribuição ou quaisquer requisitos prévios, e também não está submetida a constrangimentos limitativos de quaisquer ordens. Relacionando o direito à saúde com a posição assumida por Raymond Plant e relatada por Moon (1997), pode-se afirmar a sua independência em relação ao mercado como definidor de critérios para atenção à saúde, na medida em que é proposto o atendimento universal, integral e igualitário (NOGUEIRA, 2002, p. 154).

Entende-se importante fazer essas diferenciações, tendo em vista que a PNH busca colocar em prática os princípios do SUS, que se constituiu como uma reforma incompleta da saúde, mas sem se confundir com o próprio SUS. Assim a RSB,

não nasce de um simples processo gerencial, tecnocrático ou burocrático. Nasce da defesa de valores como a democracia direta, o controle social, a universalização de direitos, a humanização da assistência, tendo como concepção o fato de que o cidadão não é cliente, não é usuário, mas é sujeito. A Reforma Sanitária Brasileira é um projeto civilizatório (AROUCA apud PASCHE, 2010, p. 64)<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Pronunciamento de Sérgio Arouca na 11ª conferência nacional de saúde. Brasília, 2000.

É neste ponto, no quesito projeto civilizatório que os projetos societários em disputas se inserem e, portanto, também a questão valorativa. A crítica de Castro (2018) é de que a PNH não é problematizada nos seus limites, como a questão da precarização das condições e relações de trabalho e sua fragmentação entre as equipes de saúde, bem como da própria dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, restringir essa problematização no modo de produção capitalista no quesito sujeito-natureza como faz Neulls (2016), também restringe o caráter estratégico da PNH no seu âmbito contributivo à RSB enquanto um projeto civilizatório.

Isso significa que um projeto civilizatório, ou outro projeto societário que não capitalista, deve estar associado, ser pensado e estruturado concomitantemente com o desenvolvimento de uma consciência sanitária, que pode ser desenvolvida dentro do campo valorativo. Ainda segunda Sonia Fleury Teixeira (2011)

o conceito Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamente e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado. Sendo os elementos deste processo: A ampliação da consciência sanitária; A construção de um paradigma analítico oriundo do campo disciplinar denominado Medicina Social ou saúde coletiva, organizado a partir das noções de determinação social do processo saúde-doença e da organização das práticas; O desenvolvimento de uma nova ética profissional; A construção de um arco de alianças políticas na luta pelo direito a saúde; A criação de instrumentos de gestão democrática e controle social sobre o sistema de saúde (TEIXEIRA, 2011, p. 39-40).

É claro que dentro de um sistema capitalista, investir em um campo valorativo de outra forma de sociabilidade implica também restrições, limites e dificuldades para superação.

Mas a criação de uma nova instituição da sociedade na área da saúde implica tanto a mudança da forma como a sociedade compreende e deseja que seja resolvida a questão da saúde, como mudança nos valores e normas que norteiam a atividade dos profissionais de saúde (DÂMASO, 2011, p. 94).

Como exemplo, cito a Revolução Cubana que buscou romper com a lógica capitalista inferindo um novo sistema, porém perseguiu por décadas homossexuais e transexuais. Neste sentido, defende-se o caráter estratégico da PNH, mesmo que esta não ataque ou denuncie diretamente o sistema capitalista. Percebe-se que há um destaque no trabalho de Castro (2018, p. 8) quanto aos referenciais teóricos que substanciam a saúde coletiva e que legitimam a humanização na dimensão de política pública, sendo estes autores “pós-modernos”, bem como surge no debate da Saúde Coletiva “uma crítica ao projeto da reforma sanitária e sua vinculação

à tradição marxista”, o que se faz crer que a construção da PNH está vinculada predominantemente a vertente social-democrata e não a socialista, como se percebe presente no movimento sanitário e na própria noção de direito a saúde impresso na CF de 1988. Sobre a social- democracia, Camila Potyara Pereira vai afirmar que

surgida no século XIX como uma alternativa à conquista do socialismo via revolução, a ideologia política conhecida como social-democracia tinha como lema central a superação gradual do sistema capitalista pelo caminho da democracia parlamentar e do reformismo político. [...]. Antes reconhecida pelo apoio às ideias socialistas, portanto transformadoras, a social-democracia passou a aceitar a prevalência do modo de produção capitalista, atuando apenas sobre as falhas desse sistema, por meio de provisão de proteção social estatal garantida (PEREIRA, 2016, p. 193-194).

Contudo, uma das principais autoras que contribuem com a reflexão teórica sobre a PNH, Suely Ferreira Deslandes (2006, p. 45), salienta a necessidade de investigar as contribuições sobre a humanização “com base em outras tradições sociológicas, em especial a do materialismo histórico, sobretudo em suas análises da organização do trabalho em saúde”. Assim, reconhece-se a necessidade de se evidenciar e denunciar o papel da lógica perversa de nosso sistema para a precarização das relações de trabalho, que a própria PNH refere querer humanizar. Contudo, como ao capitalismo não interessa extinguir as desigualdades sociais, pois necessita destas para se reproduzir, a própria essência do capitalismo “resiste a todo e qualquer intento de humanizá-lo ou democratizá-lo” (PEREIRA, 2016, p. 70).

Para Coutinho (2011, p. 49), “o pensamento liberal se centra no postulado da limitação do poder, em contraste com o pensamento democrático”, assim sua preocupação é limitar este poder. Dâmaso (2011) apresenta diferenças cruciais entre a democracia liberal e a democracia socialista, destacando que a primeira está fundada no direito individual enquanto a segunda no direito coletivo. Então, se pensarmos a construção da CF de 1988 e a inserção do Direito à saúde, temos uma vitória da Reforma Sanitária.

O primeiro rompimento com a situação anterior, em relação ao plano jurídico e político, constituiu-se na ideia de universalidade. Ou seja, o direito de todo cidadão brasileiro ter acesso universal e igualitário, aos serviços e ações de saúde, quebrando com uma desigualdade histórica, que classificava os brasileiros em cidadãos de primeira e segunda classe. Os de primeira classe eram os que integravam o mercado de trabalho, tendo acesso à medicina previdenciária. Os de segunda classe tinham suas necessidades de saúde atendidas unicamente através de um precário sistema constituído pelas Santas Casas de Misericórdia, pela boa vontade da classe médica e pelos raros serviços mantidos pelo Ministério da Saúde (NOGUEIRA, 2002, p. 155).

Aqui, é importante destacar que o movimento sanitário que propôs uma reforma social, se constituiu no campo jurídico e político como uma reforma setorial de saúde, o que implica afirmar que tanto a CF de 1988 como o SUS, que foi sendo constituído, estavam inseridos na lógica de mercado, em um sistema capitalista e, portanto, num campo de disputas permeados por barreiras, limites e dificuldades para se desenvolver. Uma delas é o subfinanciamento do SUS e a outra é o desenvolvimento de uma consciência sanitária que não condiz com o campo valorativo do sistema capitalista. Ou seja, por mais que se tenha reconhecido com a CF de 1988 que a saúde não pode estar atrelada ao mercado, as políticas, programas e ações estão intrinsecamente vinculadas ao mercado. Neste sentido, considerando Nogueira (2002), ao pensar a concepção ampliada de saúde, se impõe reconhecer a intrínseca relação entre direitos sociais e econômicos, ou seja, a intervenção estatal não pode ser vista como independente dos interesses econômicos.

Portanto, o processo da RSB não resultou numa reforma social geral, muito menos numa revolução no modo de vida, como insinuado no seu projeto. Submeteu-se à revolução passiva brasileira onde a dialética do conservar-mudando continua imperando (PAIM apud PAIM, 2012, p. 22).

Logo, para entender um pouco mais sobre as disputas em questão, agora, para além da heterogeneidade e contradições do movimento sanitário, há de se materializar as contradições valorativas desenhadas pela PNH a partir de um projeto civilizatório da Reforma Sanitária, da tendência ao projeto privatista em curso após 1990, com o advento da reestruturação produtiva da acumulação flexível ou toyotismo<sup>16</sup>. Assim, segue a contribuição de Giovanni Alves (2007).

O que denominamos de toyotismo implica a constituição de um empreendimento capitalista baseado na produção fluida, produção flexível e produção difusa. A produção fluida implica a adoção de dispositivos organizacionais como, por exemplo, o just-in-time/kanban ou o kaizen, que pressupõem, por outro lado, como nexos essenciais, a fluidez subjetiva da força de trabalho, isto é, envolvimento pró-ativo do operário ou empregado (ALVES, 2007, p. 158).

O autor acrescenta ainda que organizações de serviços de administração pública tendem a incorporar os valores do “neoprodutivismo toyotista”, sendo considerado como sua essência a busca do “engajamento estimulado” do trabalho, principalmente do trabalhador “estável” e afirma: “É através da ‘captura’ da subjetividade que o operário ou empregado consegue operar,

---

<sup>16</sup> Para maiores reflexões acerca do toyotismo, ver Giovanni Alves (2007).

com eficácia relativa, a série de dispositivos técnico-organizacionais que sustentam a produção fluída e difusa” (ALVES, 2007, p. 159).

Porém não é apenas o toyotismo que preocupa-se com o aspecto subjetivo, também exista essa preocupação no fordismo/taylorismo, porque, segundo Alves (2007, p. 168), o fordismo ainda era uma “racionalização inconclusa”, pois, não conseguiu incorporar à racionalidade capitalista “as variáveis psicológicas do comportamento do trabalhador assalariado, que o toyotismo procura desenvolver através dos mecanismos de comprometimento do trabalho vivo ” e que “aprimoram o controle do capital na dimensão subjetiva”.

Desta forma, aponto as principais dimensões valorativas, influenciada por Pereira (2016), representadas pelos binômios necessidades/preferências; direitos/meritocracia. Em relação ao primeiro

os partidários de ideologias burguesas, por seu lado, preferem negar a existência de necessidades humanas para não admitirem a possibilidade de elas serem atendidas por políticas públicas. Assim, como já insinuado, identificam essas necessidades, que são sociais, com preferências individuais, quando não com vícios, desejos e sonhos de consumo, cuja satisfação escaparia ao comprometimento do Estado. Dessa forma, as necessidades humanas apresentam caráter subjetivo e relativo, já que não podem ser partilhadas pelo coletivo social (PEREIRA, 2016, p. 59).

Esse é um ponto crucial no conflito dos projetos societários em disputa e uma das críticas de Neulls (2016) e de Castro (2018) e que coloca a PNH em aproximação com o projeto privatista de saúde, pois focaliza e muito a questão da subjetividade dos sujeitos, ou como afirma Alves (2007) de sua “captura”. Porém, observa-se, ao ler os demais documentos base para gestores e trabalhadores, e demais cartilhas e cadernos HumanizaSUS, que não é só a questão da subjetividade que é colocada em discussão, pois dentro da PNH há ênfase na discussão da participação dos sujeitos a partir da inclusão de movimentos sociais e outros coletivos, por isso seu caráter estratégico. Quanto ao segundo binômio valorativo

essa modalidade de direitos, por conseguinte, deve estar referenciada e, valores e princípios inerentes à proteção social pública, tais como equidade e justiça social, e garantida ou regulada pelo Estado.[...] Contudo, com a supremacia da ideologia neoliberal – que menospreza os valores supracitados -, os direitos sociais vêm sendo duramente desmontados e substituídos pela lógica meritocrática (PEREIRA, 2016, p. 64).

Assim, Inês de Souza Bravo, Elaine Junger Pelaez e Wladimir Pinheiro (2018) apontam que hoje ampliou-se os projetos em disputa. Se antes eram “a reforma sanitária” e “modelo

privatista”, hoje já existe a defesa do “SUS possível”. Desta forma, com o estudo sobre a PNH, identifica-se que se aproxima da defesa do SUS possível ou o SUS que dá certo e que aqui entende-se associados a vertente social democrata, que não busca a separação do sistema capitalista, imprimindo assim as principais dificuldades de efetividade da PNH. Contudo, este “novo” projeto também está ameaçado pelo projeto do mercado privatista, isto porque,

os valores solidários, coletivos e universais, propostos pelo movimento sanitário estão sendo substituídos pelos valores individualistas, corporativos e focalistas, fortalecendo o projeto voltado para o mercado e consolidando o SUS apenas para os mais pobres (BRAVO apud BRAVO; MARQUES, 2013, p. 211).

Com as contribuições de Maria Inês de Souza Bravo e de Morena Marques (2011), é possível afirmar a complexidade que nos encontramos, tendo em vista que é a partir do SUS que se materializa uma política de acesso universal. Contudo, o subfinanciamento atrelado a restrição de dotação de verba pública para a saúde reduzem a capacidade em promover este acesso.

As entidades justificam a legalidade de sua posição e acrescentam ao diagnóstico da crise do setor a interferência exagerada das agências financeiras internacionais. As instituições financeiras penalizam o país, duplamente, ao exigir os ajustes estruturais para o pagamento da dívida externa, que castigam os setores sociais com cortes e redução orçamentária, e ao imporem diretrizes normativas na esfera sanitária que colidem com os direitos de cidadania constitucionalmente definidos, estabelecidos e referendados a cada Conferência Nacional de Saúde (NOGUEIRA, 2002, p. 175).

Pode-se dizer que havia grande expectativa de real mudança. Que fossem de acordo com os preceitos e condução das políticas conforme previsto na CF de 1988 quando o candidato à presidência Luis Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores, foi eleito. Entretanto, em face da natureza contraditória do Estado, além de governar, em seus mandatos, conduzido pelo ideário neoliberal, destaca-se a consolidação do projeto hegemônico na área da saúde, articulado ao mercado, conforme apontam Maria Inês de Souza Bravo e Morena Gomes Marques (2013).

O que se infere é que o projeto privatista, em articulação ao Estado, vem se sobrepondo ao Projeto da Reforma Sanitária e garantindo sua hegemonia a partir da década de 1990. No movimento sindical é marcante a adesão dos trabalhadores, através de parcerias desenvolvidas pelos sindicatos com as empresas e planos privados de saúde.[...] O Partido dos Trabalhadores e a base



aliada assumem o discurso do governo e respaldam suas práticas no desmonte da seguridade social (BRAVO; MARQUES, 2013, p. 212).

No que se refere o neoliberalismo relacionado à saúde na América latina encontramos como influência para o sistema de saúde o Consenso de Washington de 1989 e as orientações dos organismos supranacionais: Banco Mundial (BM), Fundo Monetário Internacional (FMI), Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e seguradoras privadas. Em 1989 e 1990, em Washington, reuniam-se os economistas de instituições financeiras: FMI, BM, Departamento do Tesouro dos Estados Unidos, onde,

ratificou-se, portanto, a proposta neoliberal que o governo norte-americano vinha insistentemente recomendando, por meio das referidas entidades, como condição para conceder cooperação financeira externa, bilateral ou multilateral (BATISTA, 1994).

Exemplo deste processo, segundo Batista (1994, p. 06) foi o documento publicado pela FIESP<sup>17</sup> "Livre para crescer - Proposta para um Brasil moderno", que de forma idêntica sugere as reformas discutidas no Consenso de Washington, bem como acrescenta a sugestão do documento do BM, também de 1989, intitulado "Trade Policy in Brazil: the Case for Reform" que recomendava que a inserção internacional do Brasil fosse através da revalorização da agricultura da exportação.

Passou-se a admitir abertamente e sem nuances a tese da falência do Estado, visto como incapaz de formular política macroeconômica, e à conveniência de se transferir essa grave responsabilidade a organismos internacionais, tidos por definição como agentes independentes e desinteressados aos quais tínhamos o direito de recorrer como sócios. Não se discutia mais apenas, por conseguinte, se o Estado devia ou podia ser empresário. Se podia, ou devia monopolizar atividades estratégicas. Passou-se simplesmente a admitir como premissa que o Estado não estaria mais em condições de exercer um atributo essencial da soberania, o de fazer política monetária e fiscal (BATISTA, 1994, p. 09).

Considerando Batista (1994), foram dez áreas o objeto de discussão do consenso de Washington: disciplina fiscal; priorização dos gastos públicos; reforma tributária; liberalização financeira; regime cambial; liberalização comercial; investimento direto estrangeiro; privatização; desregulação; propriedade intelectual. Já Peck, Theodore e Brenner (2012, p. 76), referem-se à América Latina como "o laboratório para experimentos neoliberais por excelência".

---

<sup>17</sup> Federação das Indústrias do Estado de São Paulo.

No Brasil, Bravo; Pelaez; Pinheiro (2018) apresentam os três documentos que norteiam e contribuem para o desmonte do Estado Brasileiro: Agenda Brasil (Calheiros, 2006); Uma ponte para o futuro (Fundação Ulysses Guimarães, 2015) e Travessia Social (Fundação Ulysses Guimarães, 2016). Traçando os rumos para o fim do Estado social como o conhecemos, abrindo os caminhos para a consolidação da agenda neoliberal, intensificando o processo de precarização e da precariedade da condição humana.

Para Alves (2007, p. 114) “se a precariedade é uma condição, a precarização é um processo que possui uma irremediável dimensão histórica determinada pela luta de classes e pela correlação de forças políticas entre capital e trabalho”. Neste sentido, pode-se afirmar que a precarização corresponde ao processo de perda de direitos sociais conquistados ao longo dos anos, o que significa para o autor que o “Estado neoliberal é uma tendência a substituir o Estado social”.

Enfim, a lógica da modernização que marcou o século XX, apresentava o sistema do capitalismo como sendo capaz de humanizar o trabalho ou pelo menos, a vida social por meio da constituição da sociedade de consumo de massa. O indivíduo moderno é apresentado como sujeito de direitos sociais e políticos, um homem que tem um emprego respeitável. O operário moderno organizou-se em grandes sindicatos de massa, que renunciaram a contestar o controle da produção pelo capital. O sindicato moderno organiza sua luta corporativa pelo aumento de salários de acordo com o crescimento da produtividade, pelo menos para repor a inflação. No tempo livre, o operário-cidadão é instigado a consumir o mundo de mercadorias de um capitalismo afluyente (ALVES, 2007, p. 118).

Por isso, a construção do Estado Neoliberal é resultado social e histórico “de um processo de intensa luta de classes, onde ocorreram importantes derrotas operárias, que tornaram possível a introdução de uma nova organização social da produção” (Alves, 2007, p. 162).

O ideário neoliberal no Brasil expressou-se de forma tímida no governo Collor (1990 a 1992), com evidência e clareza no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), (1995 a 2003), de continuidade e contradição permeadas por avanços em algumas áreas e retrocessos em outras, a partir de investimentos sociais dos governos Lula (2003 a 2011) e Dilma (2011 a 2016), e de adesão total às tendências neoliberais e neoconservadoras pelo questionável e autoritário governo de Temer, a partir do impedimento de Dilma Rousseff em 2016.

Diversos autores destacam que a ideologia neoliberal e a sua reestruturação produtiva passaram a se manifestar no final da década de 1980 e início dos anos de 1990, culminando no

subfinanciamento do Sistema Único de Saúde. Neste cenário introduzimos o debate sobre os hospitais universitários e a criação das empresas brasileiras de serviços hospitalares (EBSERH).

### 3 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (HU) E A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH)

#### 3.1 Alguns apontamentos sobre os Hospitais Universitários

O debate sobre a criação de hospitais de ensino/universitários remetem ao ano de 1910, a partir do relatório de Flexner, financiado pela American Medical Association que teve como objetivo realizar um amplo diagnóstico da situação das escolas e da educação médica nos EUA e no Canadá (LAMPERT apud ARAUJO; LETA, 2014).

O relatório identificou uma série de problemas relacionados ao ensino médico desses países, entre eles, a falta de relação entre a formação científica e o trabalho clínico e a falta de controle administrativo e organizacional das escolas médicas sobre os hospitais de ensino, que serviam de campo prático para seus alunos. O relatório propunha algumas recomendações que visavam não somente uma mudança curricular, mas também mudanças estruturais, como a construção de um hospital próprio e a integração da missão pesquisa às missões tradicionais de ensino e assistência (ARAUJO; LETA, 2014, p. 1265).

A ideia de construir hospitais próprios para o ensino da prática médica demarca o início da hegemonia do saber médico e a medicalização do corpo. O quadro (3) abaixo demonstra características das instituições de saúde ao longo dos séculos.

**Quadro 3: Alguns marcos da história dos hospitais**

<b>Papel Central</b>	<b>Momento</b>	<b>Características</b>
Cuidar da saúde	Séc. IV ao VII	Pequenas construções para o abrigo de doentes
Cuidar do espírito	Séc. X ao XVII	Hospitais vinculados a ordens religiosas
Isolar doentes	Séc. XI	Refúgio de doentes que ameaçavam a coletividade
Cuidar dos mais carentes	Séc. XVII	Instituições filantrópicas e do Estado
Curar e ensinar a doença	Séc. XVIII ao XIX	Medicalização do hospital; assistência ensino
Curar, ensinar e buscar a cura	Séc. XX	Natureza biológica da doença; assistência, ensino e pesquisa
Curar, ensinar, buscar a cura e melhorar o sistema de saúde	Séc. XXI	Ensino, pesquisa e assistência; abordagem biológica e social da saúde; humanização e interdisciplinaridade da assistência

Fonte: Elaborado por ARAUJO; LETA, 2014, p.1263 a partir de Healy; McKee, 2002, p.15.

Antes da discussão do relatório de Flexner, os hospitais possuíam um caráter religioso, com ênfase na cura espiritual, exclusão e confinamento de pessoas com doenças contagiosas.

Por mais que houvesse o ensino da prática médica aos hospitais existentes, o referido relatório recomendou que as escolas médicas deveriam criar seus próprios hospitais.

No Brasil, registros históricos referem que os primeiros hospitais construídos eram ligados a instituições religiosas com caráter assistencialista, sendo o início do ensino médico no país registrado a partir da chegada da família real. O primeiro hospital vinculado à Santas Casas da Misericórdia, que se caracterizavam como instituições religiosas e de tratamento de pessoas carentes, que se tem registro é em Salvador no ano de 1540, em 1738 no Rio de Janeiro, com uma distância temporal expressiva e no Rio Grande do Sul a primeira Santa Casa da Misericórdia data de 1803<sup>18</sup>.

Segundo Gadelha (1982), durante muitas décadas, hospitais e escolas médicas conviveram em paralelo, cada qual com funções e objetivos próprios. A associação formal entre as duas instituições aconteceu no Brasil em 1892, quando a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro passou a dispor de leitos hospitalares da Santa Casa de Misericórdia, usando-os no treinamento de seus estudantes. Esses hospitais (as santas casas de Misericórdia) durante décadas serviram de cenário prático aos alunos e professores das escolas de medicina, uma vez que as faculdades ainda não dispunham de um hospital próprio (ARAÚJO; LETA, 2014, p. 1266).

No quadro (4) abaixo, apresenta-se de forma sintética os Hospitais do Rio Grande do Sul e período histórico correspondente.

**Quadro 4 – Hospitais do Rio Grande do Sul**

HOSPITAL	ANO	LOCAL
Santas Casas da Misericórdia Instituição filantrópicas de cunho religiosa e assistencialista, atendiam doentes, viajantes etc..	1803 (inaugurada em 1826); 1835 1847	Porto Alegre Rio Grande Pelotas
Sociedade Portuguesa de Beneficência (CHAVES, S/ANO) Inicialmente os atendimentos respondiam às necessidades de cuidados da comunidade imigrante portuguesa e seus descendentes.	1854 1858 1859 1870	Porto Alegre Pelotas Rio Grande (atualmente fechado) Bagé e Santana do Livramento
Hospitais públicos <sup>19</sup>	1925 – Hospício São Pedro (hoje é Hospital Psiquiátrico São Pedro). 1940 – Hospital Colônia Itapuã – tratamento de Hanseníase. 1951 – Hospital Sanatório Partenon – Tratamento o tuberculose.	Porto Alegre  Viamão  Porto Alegre

<sup>18</sup>CENTRO HISTÓRICO CULTURAL SANTA CASA. História. Disponível em: <<http://www.centrohistoricosantacasa.com.br/chc-santa-casa/historia/>>. Acesso em: 15 de fev. 2019.

<sup>19</sup> SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Hospitais administrados pelo Estado. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/hospitais-administrados-pelo-estado>>. Acesso em: 15 de fev. 2019.

Hospitais Escolas – Federais	1959	Santa Maria
	1966	Rio Grande
	1969	Pelotas

Quadro elaborado a partir de diversas fontes em distintos sítios eletrônicos.

No caso do Rio Grande do Sul os hospitais universitários federais são: o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria – HUSM; o Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas – HE/UFPEL; e o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr da Universidade Federal do Rio Grande – HU/FURG. Estes hospitais passaram a ter sede própria para desenvolvimento de suas atividades após a década de 1980. Observa-se que o investimento em Hospitais Universitários teve início no período da ditadura militar.

De acordo com Débora Holanda Leite Menezes (2017), em meados dos anos 1980, os HU's eram vinculados aos cursos de medicina e os atendimentos de saúde eram oferecidos pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), bem como, em caráter de filantropia, para as pessoas que não se encontravam inseridas no mercado de trabalho.

Também é na década de 1980 que acentua-se com a crise econômica os gastos e dívidas dos hospitais universitários, tendo em vista que, conforme aponta Menezes (2017, p. 14), “os reajustes da tabela do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), não acompanharam o aumento dos custos”. Entre outras portarias criadas nesta década, destaca-se para a portaria de nº 2.837/1982. Apontada por Menezes (2017, p. 75), a portaria “do Ministério da Previdência e Assistência Social, definiu que a complementação não poderia ser superior à tabela da Associação Médica Brasileira (AMB)” e que, a

cobrança de complementação, o aumento do número de leitos nas enfermarias e o superfaturamento de materiais e medicamentos foram mecanismos encontrados pelo setor privado para compensar a defasagem custo X remuneração dos serviços prestados (CARMO apud MENEZES, 2017, p. 75).

Para Débora Holanda Leite Menezes (2017, p. 74), na década de 1980, com a crise econômica ocorreu “a elevação dos custos hospitalares, devido a inflação e a incorporação ilimitada de tecnologias”[...], bem como a histórica defasagem relacionada aos reajustes da tabela SUS. Para esta autora, os avanços da Constituição de 1988 também amplia a crise, pois

os HU, com a ampliação do acesso de caráter universal, passaram a absorver demandas da atenção básica, que não eram atendidas [...], sendo assim, a universalização [...] garantiu o acesso a todos, mas sem a contrapartida de ampliação em outros setores, como recursos humanos e tecnológicos (MENEZES, 2017, p. 79).

É também com a CF 1988 que os Hospitais Universitários absorveram os preceitos do movimento político da reforma sanitária brasileira (RSB) que passaram a compor o SUS. No Brasil, os hospitais universitários são considerados centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde à disposição da rede SUS. No caso do hospital universitário, cenário da pesquisa, passou-se a atender exclusivamente pelo SUS no ano de 2011. Hoje os hospitais universitários do Rio Grande do Sul atendem exclusivamente o Sistema Único de Saúde e são certificados como Hospitais de Ensino.

Para compreender a “construção da crise dos HU’S” outros elementos ligados a década de 1990 se fizeram presentes, o que vem a culminar na criação da EBSEH, como, por exemplo, “ajustamento global, persistente cenário econômico de aumento da dívida pública, queda de investimento no setor público, recomposição e a modernização da indústria e inflação” (BRAVO et al 2013, p. 181). Outro fator foi a criação do Fundo Social de Emergência (FSE) em 1994, com o objetivo de estabilizar a economia após a implementação do Plano Real que permitia o uso livre de 20% das receitas da união destinados para a Seguridade Social, para, inclusive, pagamento da dívida externa. Desde o ano 2000 a FSE é conhecida como Desvinculação das Receitas da União (DRU) e permite que seja usado pelo governo, sendo ampliado no Governo Temer, em 2017, 30% das receitas.

Assim, o peso da crise da acumulação é transferido para os trabalhadores. Nesta direção, tem-se o comprometimento de seus direitos através de propostas de contrarreformas - Trabalhista, da Previdência Social, Terceirização Irrestrita, Novo Regime Fiscal - que congela por vinte anos os gastos públicos, entre outras (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 04).

O novo Regime Fiscal tem impactos enormes para o financiamento da saúde, através da emenda constitucional (EC) nº 95/2016 (BRASIL, 2016) que estabelece o congelamento dos gastos, fazendo com que a política de saúde fique estritamente condicionada aos ditames do mercado. Assim, considera-se esta EC uma vitória do neoliberalismo quanto ao desmonte do caráter universal do SUS. Contudo se observarmos

o grande responsável pelo desequilíbrio das contas públicas não foi e não são as políticas sociais, mas sim a dívida pública, nunca auditada e que, em 2015, consumiu 42,43% do orçamento da união para pagamento de juros e amortização da dívida e somente 4,4% para a saúde (FATORELLI; ÁVILA; COLARES apud BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 04).

Retomando ao processo de desmonte do Estado Social, as diretrizes gerais para a Reforma do Estado em 1997 (MARE) e a lei n. 9.637/1998, que institui as Organizações Sociais

(OS) e as privatizações, são as iniciativas mais expressivas do Governo FHC. Já no governo de Lula, temos o marco legal das parcerias público privadas (PPP)<sup>20</sup> segundo apontamentos de Vânia Machado (2013). No ano de 2005, associado com o “projeto de reforma universitária”, havia a tentativa do Ministério da Educação de transferir a folha de pagamento do pessoal técnico administrativo para a folha de pagamento do Ministério da Saúde, sendo este um dos motivos apontados como fator de “crise”, pois justificava-se que os atendimentos desenvolvidos pelos HU’S eram voltados mais para a assistência à saúde e do que para o ensino. A posição contrária do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e pelo próprio Ministro da Saúde, na época, foram essenciais para que isso não ocorresse. As investidas nas propostas de mudanças no cenário da saúde no Brasil tiveram continuidade no “Seminário da Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE)”, na data de 18 de maio de 2006,

onde foram apresentados pelo Ministério do Planejamento novos modelos jurídicos em que poderiam ser transformados os Hospitais Universitários, podendo ser um modelo chamado de intermediário, que seriam as Fundações Estatais de Direito Privado. Sobre os trabalhadores técnico-administrativos dos HUEs foi dito ainda que precisam de uma nova carreira, onde os salários sejam compatíveis com o *mercado*. Assim, os que já estão no quadro da Universidade ficariam em regime especial e, quando forem morrendo ou aposentando, vão sendo substituídos por celetistas (TEIXEIRA; PILOTTO, 2009, s/p).

O governo não satisfeito com as posições contrárias às propostas de mudanças criou em 2006 um grupo de trabalho composto por representantes do governo dos seguintes ministérios: Educação (MEC), Saúde (MS), Ciência e Tecnologia (CIT), Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), instituído pela portaria interministerial nº 1643/2006, que culminou em um “relatório/diagnóstico” sobre os problemas dos hospitais universitários.

Este relatório reforça o ideário neoliberal, as orientações dos organismos multilaterais em que entendem a saúde como não exclusiva do Estado e, portanto, os HU’s passam a ter a necessidade de se adequar à lógica do mercado. O relatório concluiu como problemas dos HU’s vinculados às IFES: o financiamento, o quadro de pessoal e a inadequação do modelo jurídico-institucional. O relatório também aponta como problema o Regime Jurídico Único dos

---

<sup>20</sup>A Lei 11.079, de 30/12/2004, regula as parcerias público-privadas no Brasil e incorporou diversos conceitos e experiências da prática internacional, tais como a remuneração do parceiro privado vinculada ao desempenho, a objetiva divisão de riscos e o fundo garantidor.



Trabalhadores que favorece jornadas de trabalho de 30h/semanais e estima que as licenças no serviço público correspondem a 20% das faltas (MACHADO, 2013).

Concomitantemente, em 2006, no fórum de pró-reitores de Planejamento das Universidades, o secretário-executivo do MEC, Manoel Palácios disse que não haveria mais nenhum cargo vago nos Hospitais Universitários, até que houvesse uma “mudança” no modelo jurídico (TEIXEIRA; PILOTTO, 2009). Essa fala transparece a formação de “cabo de forças” a fim de que a oposição não tenha outra solução a não ser “aceitar” a mudança no modelo jurídico.

Em 2007 é encaminhado o projeto de lei complementar regulamentando o art. 37 da CF de 1988, que estabelece que o poder público poderá instituir mediante lei específica fundações estatais com personalidade jurídica de direito privado que atuarão em áreas como educação, assistência social, saúde, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, desporto, turismo, comunicação e previdência complementar do servidor público, entre outras.

O Tribunal de Contas da União (TCU), entra, nesse mesmo ano, com uma ação contra as fundações de apoio, em decorrência do expressivo número de trabalhadores contratados por estas, que tinham inicialmente o propósito de gasto com insumos e não com o pagamento de trabalhadores terceirizados e celetistas, mesmo que com baixos salários aprofundando a crise financeira dos HU's. Contudo, com a supressão dos cargos públicos e a não terceirização de contratação através das fundações de apoio, que caminhos restam?!

Em resposta, cria-se em 2007 o projeto de lei 92/2007 ou Projeto de Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP) para atuação em áreas que o governo não considera “exclusivas” do Estado. Neste período, os movimentos sociais conseguiram fazer com que este Projeto de Lei (PL) não prosperasse.

Os movimentos sociais que são contra a privatização dos serviços de saúde baseiam-se na posição de Peterson de Paula Pereira, procurador da República, que alega que a proposta de Fundação Estatal de Direito Privado fere o artigo 37 da Constituição Federal, pois a criação da fundação inverteria a lógica posta na CF de 1988 em que ao invés do setor privado atuar em complementação, seria o setor público que atuaria desta forma (TEIXEIRA; PILOTTO, 2009).

Pode-se dizer que o processo de privatização da saúde ocorreu gradativamente, onde Vânia Machado (2013) aponta como contribuintes da crise no ano de 2008 e 2009: a criação do pagamento do Adicional de Plantão Hospitalar (APH), portaria do MEC que criou unidades gestoras dos HU's e início da implementação das FEDP.

No ano de 2010, ocorreu um Seminário Internacional promovido pelo Banco Mundial<sup>21</sup> para discutir novos modelos de gestão para os HU's culminando na criação da EBSEH, inicialmente, por medida provisória, e apesar de muitos e expressivos movimentos contrários, é instituída e legitimada pela Lei n° 12.550 de 15 de dezembro de 2011.

Apesar das investidas de cunho autoritário do governo com a criação da EBSEH, há de se observar e registrar que segundo o art. 3° § 1º da referida lei “as atividades de prestação de serviços de assistência à saúde de que trata o caput estarão inseridas *integral e exclusivamente* no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS”.

Meireles (apud SODRÉ, et.al., 2013) evidencia que a empresa pública é uma figura ambivalente, pertencendo, ao mesmo tempo, ao domínio do público e do privado. Embora a EBSEH não seja considerada um mecanismo de privatização propriamente dito, implica a ampliação do espectro de entronização da lógica de mercado na gestão dos serviços do SUS (ZIGATO, 2015, p.55).

Neste sentido entende-se que o processo de privatização ou a supremacia do modelo privatista não foi consolidado, mas está em vias disso vir ocorrer. Porque, como aponta Machado (2013), a EBSEH segue o modelo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), e este, além de receber arrecadação da iniciativa privada (convênios com Dixtal Biomédica, Instituto Avon, Vale do Rio Doce, Fundação Ford) possui leitos reservados para atendimento de planos de saúde, não se caracterizando por atendimento exclusivamente via SUS. Assim, Jhony Oliveira Zigato (2015) aponta em sua dissertação os estudos de Gabriela de Abreu Oliveira (2014) sobre as contradições das diretrizes da EBSEH em relação aos princípios do SUS, dizendo que

a busca por lucro é uma das principais características da EBSEH e fica claro através do seu ordenamento jurídico. Essa característica também afronta o princípio da universalidade- que expressa a ideia de que a assistência deve ser igual a todos, incluindo o seu acesso – e da equidade – onde a assistência à saúde deve ser oferecida, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie – quando a empresa passa a priorizar os indivíduos que possuem planos privados de saúde em detrimento dos usuários SUS. Conforme já foi discutido, todos os planos de saúde devem ressarcir ao SUS, um valor estipulado em tabela, toda a vez que um de seus clientes utilizar a rede de serviços públicos. Porém se esta instituição hospitalar que o cliente utilizou estiver vinculada à EBSEH o valor do ressarcimento fica para a própria empresa e não vai para o fundo público de saúde, ou seja, não há garantias que a EBSEH dê preferência aos atendimentos SUS, pois como a empresa busca o lucro,

---

<sup>21</sup>Projeto de Modernização dos Hospitais Universitários – financiado pelo Banco mundial, aprovado em 31 de março de 2011, data do encerramento em 31 de dezembro de 2015. Custo total do projeto US\$ 562,00 milhões; Montante do compromisso US\$ 150,00 milhões

provavelmente ela preferirá atender os clientes do plano de saúde para receber o valor do ressarcimento. Além disso, a busca pelo lucro também afronta o princípio da descentralização, que leva em consideração o estado de saúde da população local, tentando diminuir os principais agravos e oferecer a melhor política pública de saúde. Há uma quebra neste princípio porque a instituição que estiver vinculada a EBSEH irá desconsiderar a população local, pois o foco passará a ser outro, como por exemplo atender a pesquisas encomendadas de instituições privadas, perdendo essa relação hospital-comunidade tão cara ao sistema público (OLIVEIRA apud ZIGATO, 2015, p. 57-58).

Na imagem apresentada a seguir, podemos observar a dimensão que a EBSEH tem em escala nacional. Posteriormente, observa-se no quadro (5) como se deu cronologicamente os contratos de adesão à EBSEH.

### IFES COM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

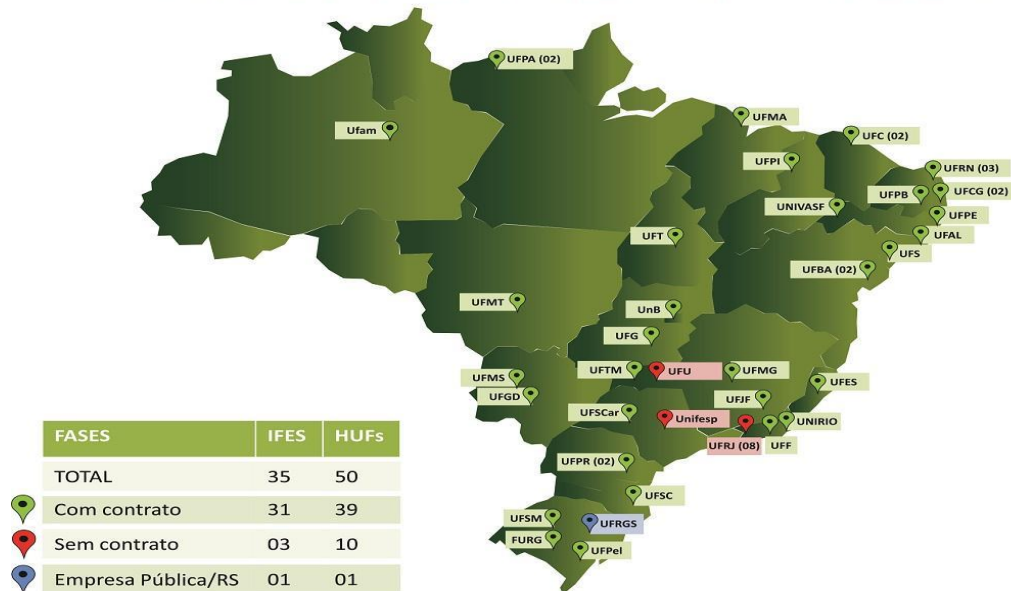


Imagem retirada do sítio eletrônico da EBSEH.

Quadro 5 – Adesão à EBSEH

SUL		NORDESTE		CENTRO OESTE	
UFMS	17/12/2013	UFMA	17/01/2013	UNB	17/01/2013
UFPEL	30/10/2014	UFPI	08/04/2013	UFGD	26/09/2013
UFPR	30/10/2014	UFRN	29/08/2013	UFMT	12/11/2013
FURG	23/07/2015	UFS	17/10/2013	UFMS	18/12/2013
UFSC	16/03/2016	UFC	26/11/2013	UFG	29/12/2014
SUDESTE		UFBA		NORTE	
UFTM	17/01/2013	UFPE	11/12/2013	UFA	06/11/2013
UFES	15/04/2013	UFPB	17/12/2013	UFT	25/02/2015
UFMG	12/12/2013	UFVDF	07/01/2014	UFP	13/10/2015
UFSCAR	14/10/2014	UFAL	14/01/2014		
UFJF	19/11/2014	UFCG	09/12/2015		
UFRJ	18/12/2015				

UFF	06/04/2016				
-----	------------	--	--	--	--

Quadro elaborado pela pesquisadora a partir das informações subtraídas do contrato de adesão de cada Universidade, disponíveis no sítio eletrônico da EBSEH.

Os hospitais universitários federais são centros de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que existem 50 hospitais vinculados a 35 universidades. Destes hospitais, a EBSEH, empresa pública de direito privado vinculada ao Ministério da Educação, é responsável pela gestão de 39.

Empresa Pública é entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União, criado por lei para a exploração de atividade econômica que o Governo seja levado a exercer por força de contingência ou de conveniência administrativa, podendo revestir-se de qualquer das formas admitidas em direito (BRASIL, 1967. Redação dada pelo Decreto-Lei nº 900, de 1969).

Segundo o sítio eletrônico da EBSEH, a sua criação integra um conjunto de medidas adotadas pelo Governo Federal para a reestruturação dos hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior.

O Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF)<sup>22</sup> tinha por objetivo a garantia da recuperação física e tecnológica, bem como reestruturar o quadro de recursos humanos das unidades. A criação da EBSEH surgiu com a responsabilidade pela gestão dos hospitais universitários, pois apoia-se em um discurso ideológico de que a crise na saúde é proeminente da má gestão dos serviços, ignorando o subfinanciamento crônico da saúde e as medidas de desmonte do Estado Social de direito (DRU e EC 95). Isso fragiliza a própria existência da EBSEH, bem como instabiliza a situação empregatícia de seus funcionários.

Os recursos humanos do SUS foram afetados diretamente com a ausência de concurso público e o aumento de servidores celetistas ou com contrato precarizado, indo de encontro aos direcionamentos retirados VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), os quais previam a isonomia salarial, a estabilidade, níveis de remuneração e formas de contratação adequadas. O que se passou a ver foi a multiplicação de prestadoras de serviço de saúde com qualificações diversas, aumento dos trabalhadores terceirizados, desvios de funções e gestões que não primam pelos espaços de participação coletiva. No âmbito dos recursos humanos, houve uma flexibilização dos contratos e relações de trabalho, ampliação das terceirizações, e a queda dos salários, bem como o ataque aos direitos trabalhistas e à organização sindical, ao fragmentar a organização dos trabalhadores, retirar-lhes a estabilidade e precarizar as condições de trabalho do prestador de serviço público (CASTRO, 2018, p. 40).

---

<sup>22</sup> Decreto nº 7.082 de 27 de janeiro de 2010.

Na EBSEH, assim como nas Fundações Estatais de Direito Privado (FEDEP), o problema das terceirizações permanece, bem como a ausência do controle social/participação social. Uma diferença que se nota refere-se aos direitos trabalhistas entre os diversos regimes de trabalho que convivem no âmbito institucional, pois em relação aos celetistas das fundações e os celetistas da EBSEH, há nesta última uma valorização de salários, benefícios e incentivos, podendo gerar nos servidores, através de regime jurídico federal, a construção de uma cultura de desvalorização, envolvendo a perda de direitos e de incentivos, potencializando o desgaste físico e emocional desse servidor.

A participação social nas políticas sociais foi concebida na perspectiva do controle social, no sentido de os setores organizados na sociedade civil participarem desde as formulações, acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos. Os mecanismos de controle social institucionalizados, no âmbito das políticas sociais, ao longo da década de 1990, foram as Conferências e os Conselhos (CORREIA, 2013, p. 317-318).

Este é um dos pontos apresentados como polêmicos da EBSEH, pois no âmbito de seu Estatuto Social e Regimento interno a participação social está desvinculada da noção de controle social e da paridade de seus membros, restando-lhes apenas seu caráter consultivo. Assim, no quesito das relações de poder há um retrocesso com a impossibilidade de trabalhadores e usuários participarem das instâncias decisórias e, desta forma, se configurando em “mais uma estratégia do capital para alterar a correlação de forças conquistadas no setor saúde” (CARDIAL, 2016, p. 8).

Na prática, se a EBSEH tiver sucesso, haverá a descaracterização dos hospitais universitários como tais, já que sua relação com as universidades será, no futuro, apenas formal pelos contatos de gestão; todos os trabalhadores serão de empresa e não da universidade; e o controle social não se dará pelos espaços da universidade, ou pelos conselhos de saúde, mas pelos conselhos da empresa (CISLAGHI apud CISLIAGHI, 2018, p. 23)

Juliana Fiuza Cislighi (2018, p. 24), aponta ainda a fragilidade dos trabalhadores celetista vinculados à EBSEH ou terceirizadas, pois com a Lei de terceirização (nº 13.429 de 31 de março de 2017), “a precarização dos trabalhadores é imediatamente a precarização da qualidade de atendimento”, e que aqui entende-se como uma fragilidade ainda maior para a própria EBSEH e completamente danoso para quem defende o SUS, público, gratuito e universal.

Nada mais danoso do que a rotatividade, que nega a formação de laços de confiança entre trabalhadores da saúde e usuários e o conhecimento da epidemiologia e das questões socioeconômicas da região onde se trabalha, impedindo qualquer planejamento de ações. Nega ainda, a saúde física e mental aos trabalhadores que precisarão se desdobrar em múltiplos trabalhos em múltiplos locais, sem nenhuma garantia de pagar suas contas no fim de cada mês (CISLIAGHI, 2018, p. 24).

Essa rotatividade apontada pela autora fragiliza o atendimento prestado à população usuária, pois à medida em que os trabalhadores se encontram fragilizados, a capacidade de prestar um atendimento qualificado é reduzida, impactando também no bem estar dos usuários.

No próximo capítulo abordaremos então a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde.

## 4 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DA SAÚDE

### 4.1 A Política Nacional de Humanização: elementos introdutórios

Inicia-se esse capítulo com as contribuições de Suely Ferreira Deslandes (2006, p.34) em seu estudo que busca revisitar o termo humanização na sociologia médica de tradição interacionista, “pioneira na construção de quadros teóricos para o debate da humanização da assistência”. A autora apresenta como marco do debate o simpósio americano intitulado “Humanizing Health Care”<sup>23</sup>, ocorrido em São Francisco em 1972. Destaca-se entre os autores citados por Deslandes, a contribuição de H. Jack Geiger<sup>24</sup> (1975),

Geiger (1975), irá criar um modelo explicativo sobre a desumanização no sistema médico que articula três ordens de causas: a) a ordem social, considerada por ele como desigual, racista e exploratória, cujas lógicas e critérios segregacionistas influenciariam o sistema médico; b) a racionalidade científica e tecnológica ocidental cujas tendências à fragmentação, ao hermetismo e à especialização seriam obstáculos a uma visão holística do ser humano, além de impedir o acesso à compreensão e a consequente participação na tomada de decisões médicas; c) a subcultura médica e a organização da profissão médica que invocam os estudos de Freidson (1970) sobre suas formas de auto-regulação e proteção contra a crítica e a supervisão externa, as barreiras de comunicação existentes na relação médico-paciente e a formação médica (DESLANDES, 2006, p. 36).

Destaca-se porque, como foi apresentado no início do capítulo 1, o desenvolvimento da sociedade brasileira e o acesso à saúde é marcado pela desigualdade, pelo racismo e exploração com critérios segregacionistas. E se identificado, além destes, todos os aspectos como “desumanizantes”, o processo de humanização estaria intrinsecamente ligado à superação destes fatores. Outro aspecto interessante da investigação de Deslandes (2006) é o estudo de Howerd no ano de 1975, que pressupõe que a humanização estaria baseada em uma relação de igualdade em algum nível, sendo que a “estrutura que se dão as interações entre cuidadores e pacientes” referem-se à liberdade de ação, status de igualdade e o compartilhamento na tomada de decisões.

O primeiro aspecto está ligado ao questionamento da liberdade de ação dos profissionais, que pode ser constringida por limitação de custos,

---

<sup>23</sup> Humanizando o Cuidado em Saúde – tradução da autora DESLANDES (2006).

<sup>24</sup> Médico e professor de medicina preventiva.

compromissos e exigências administrativas e pela pressão dos pares. Os pacientes teriam sua liberdade restringida pela própria doença, pela falta de conhecimentos e por protocolos institucionais (DESLANDES, 2006, p. 43).

Estes aspectos, associados a outros tais como “processos de despersonalização”, “tratar as pessoas como se fossem de menor valor”, o “objetivo biomédico”, entre tantos outros, como afirma Deslandes (2006, p. 34), “nos mostra a permanência de alguns conceitos e modelos explicativos neste campo. Indica [...] o amadurecimento de certos questionamentos, o abandono de outros e a incorporação de distintas tradições teóricas e disciplinares”.

No Brasil, o debate sobre o tema da humanização das práticas de saúde antecede a XI CNS, e tem como referência a luta do movimento feminista, a partir de 1960, relacionados a saúde da mulher, bem como o movimento da luta antimanicomial e da reforma sanitária. Também em 1990, acrescenta-se a este debate “o direito à privacidade, confidencialidade da informação, consentimento frente a procedimentos médicos praticados com o usuário e o atendimento respeitoso por parte dos profissionais de saúde” (BENEVIDES; PASSOS, 2006, s/p).

No ano de 2003, o Ministério da Saúde “defendeu a priorização do tema da humanização como aspecto fundamental a ser contemplado nas políticas públicas de saúde” (BENEVIDES; PASSOS, 2005a, p. 562), onde Regina Benevides, integrante da secretaria executiva e responsável pela coordenação da Política Nacional de Humanização (PNH) e Eduardo Passos, integrante e consultor, revelam que a criação da referida política foi permeada por tensões entre diferentes concepções e debates intensos.

Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH conta com um núcleo técnico sediado em Brasília – DF e equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação se constroem, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações em saúde. Com a análise dos problemas e dificuldades em cada serviço de saúde e tomando por referência experiências bem-sucedidas de humanização, a PNH tem sido experimentada em todo o país. Existe um SUS que dá certo, e dele partem as orientações da PNH, traduzidas em seu método, princípios, diretrizes e dispositivos<sup>25</sup>.

Benevides e Passos (2005b, p. 390) destacam a necessidade de se evitar a humanização enquanto modismo e revelam que inicialmente as experiências neste campo apontavam para

---

<sup>25</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/ppsus/divulgacoes/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>>. Acesso em: 25 de fev. 2019.



um aspecto de “conceito-sintoma” e se apresentam nas práticas de atenção de forma fragmentada e compartimentada, as vezes “segmentadas por áreas (saúde da mulher, da criança, do idoso)”, por “níveis de atenção (assistência hospitalar)” , bem como “ao exercício de certas profissões (assistente social e psicólogo)”, em um sentido focalizado e de “qualidade total de serviços”.

Neste sentido, para Benevides e Passos (2005b e 2006), na perspectiva supracitada, a humanização expressa ações “fragmentadas” e vê seu sentido ligado ao voluntarismo e ao assistencialismo, o que impôs para a construção da política um “desafio conceitual”, sendo para os formuladores da PNH o entendimento de que “o homem para a qual as políticas de saúde são construídas deve ser o homem concreto [...] tomado em sua singularidade e complexidade, [...] e que se faz pela experimentação conectiva/adectiva entre os diferentes sujeitos”, e que portanto a partir do “reencantamento do concreto”, e do SUS que dá certo, a humanização é entendida “como estratégia de interferência nestas práticas levando em conta que os sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando a si próprios neste mesmo processo”.

São apontados pela PNH os avanços e os desafios do SUS, sendo que a política emerge como resposta a estes desafios. Mas que desafios são estes apontados? A PNH refere que além da necessidade de ampliação do acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde há necessidade de ampliação do processo de co-responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar; há uma crescente desvalorização dos trabalhadores de saúde; precarização das relações de trabalho; baixo investimento em processos de educação permanente em saúde desses trabalhadores; pouca participação na gestão dos serviços e um frágil vínculo com os usuários (BRASIL, 2008, p. 7).

O documento oficial sobre a PNH foi lançado inicialmente no ano de 2004, sendo feitas atualizações nos anos de 2008, 2013 e 2015, além de outros documentos oficiais como cartilhas, folhetos e cadernos.<sup>26</sup> A referida política se estrutura a partir de princípios, método, diretrizes e dispositivos, que neste momento serão apresentados, sendo, posteriormente, refletidos no decorrer da dissertação.

Segundo o documento base para gestores e trabalhadores, a política emerge como movimento de mudança de modelo de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde e se estrutura a partir de princípios, método, diretrizes e dispositivos.

---

<sup>26</sup> Existe um acervo digital sobre a PNH disponível nos sites do Ministério da Saúde e da Rede Humaniza SUS.

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, 2008, p. 8)

Como brevemente apresentados anteriormente os princípios apresentados pela política são: **a transversalidade; a indissociabilidade entre atenção e gestão; o protagonismo, a co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos.** Entende-se pertinente conceituar a transversalidade apresentado pela política, que a refere como,

transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito *a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho* (BRASIL, 2008, p. 23, grifo nosso).

O método da PNH é conceituado como “o método da tríplice inclusão”, sendo: a inclusão de diferentes sujeitos (gestores, profissionais e usuários), e que podem ser formados a partir de rodas; inclusão dos analisadores sociais – a partir de análises coletivas dos conflitos; e inclusão do coletivo (movimentos sociais e grupo de trabalhadores) a partir do fomento de redes (BRASIL, 2008, p. 25).

São os *princípios* da PNH: **a transversalidade; a indissociabilidade entre atenção e gestão; Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos.** O *método* é o de tríplice inclusão, sendo a inclusão dos diferentes sujeitos: gestores, trabalhadores e usuários; Como *diretrizes* apresenta-se: a clínica ampliada e compartilhada, acolhimento, ambiência, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários e gestão participativa e cogestão. Antes de fazer uma incursão sobre estes aspectos da PNH, busca-se contextualizar as categorias de análise identificadas.

#### 4.2 Categorias de análise “trabalho”, “humanização” e “práxis”

Observa-se que a categoria “trabalho” ganha destaque na referida política, tanto no que envolve a formação daqueles que fornecem o cuidado aos usuários, como das condições de trabalho (ou melhor expressado, sua precarização) e gestão dos processos de trabalho (recursos/capital).

É uma política que se define como transversal a toda rede SUS e que pretende qualificá-la, pois a PNH não tem como finalidade mudar a estrutura do sistema capitalista, mas caracteriza-se como estratégica no sentido de mudar as formas de pensar, gerir e cuidar a saúde.

Se podemos, por um lado, apontar avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, por outro, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado (BRASIL, 2004, p.5).

A qualificação refere-se à compreensão de que o SUS, apesar das dificuldades, conseguiu incorporar os conceitos de descentralização e regionalização da atenção e da gestão da saúde baseada nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, bem como medidas de controle social – conselhos de saúde. Contudo, a PNH (BRASIL, 2004) aponta que o modelo de formação dos profissionais de saúde mantém-se distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde, limite que o SUS encontra ao não garantir a horizontalidade nos processos de trabalho em saúde, perspectivas das quais a PNH se propõe a alcançar.

Observa-se que o embasamento da necessidade de se criar a referida política é: a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho, bem como o apontamento de que não há investimento na qualificação dos profissionais nos quesitos: *gestão participativa, trabalho em equipe e formulação das políticas públicas de saúde*.

Ao reconhecer o conceito ampliado de saúde proposto pela organização mundial da saúde de um lado e as fragilidades das práticas de atenção de outro, entende-se que o processo da horizontalidade se constitui como complexo, considerando que as ações de saúde, para ocorrerem integralmente e de forma interdisciplinar, devem permear os diferentes profissionais da área da saúde, que são revestidos de pluralidade de ideias e conceitos que direcionam a produção de saúde dos sujeitos e relações de poder historicamente instituídas.

A partir disso a PNH destaca como necessário e urgente uma aproximação entre gestão e atenção à saúde aliados a formação dos profissionais de saúde.

Para Rogério Miranda Gomes (2012) a “humanização-desumanização” passou a ser estudada por autores do campo da saúde coletiva a partir da década de 1990, possuindo diversas compreensões acerca da temática, devido às distintas áreas e abordagens teórico-metodológicas envolvidas em sua problematização.

Em seu artigo que versa sobre a humanização, Rogério Miranda Gomes (2012) identificou que a riqueza e a complexidade das produções encontradas podem ser reunidas em dois eixos de análise (Quadro 6):

**Quadro 6 – Eixos de análise baseados em Rogério Miranda Gomes**

EIXO DE ANÁLISE	AUTORES CORRESPONDENTES
O eixo que discute as transformações dos processos de trabalho em saúde com a produção de práticas relacionais e intersubjetivas ‘tensionadoras’ ou ‘constituidoras’ de solidariedade e cooperação entre os sujeitos, além de propiciadoras de um viver mais autônomo; fazem parte dessa dimensão as discussões, por exemplo, a respeito da integralidade, da centralidade do cuidado, do acolhimento na produção da assistência, do combate à medicalização social, das determinações e limites da biomedicina na abordagem do sofrimento humano, entre outros	AYRES, J.R. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In Deslandes, S (Org). Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2006; MERHY, E, E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In MERHY, E, E; ONOCKO, R (Org). Agir em Saúde: Um desafio para o público. São Paulo, 1997; NOGUEIRA, R, P. A saúde pelo avesso. Natal, 2003; PINHEIRO R; MATTOS, R, A. Cuidado: as fronteiras da integralidade, 2004.
O eixo que envolve a discussão das políticas de saúde, dos arranjos organizacionais e dos modelos technoassistenciais e suas implicações para a produção de serviços e práticas de saúde alicerçadas na garantia do exercício da cidadania e na corresponsabilização dos diferentes atores envolvidos; compõem esse eixo as discussões a respeito da avaliação da consolidação do SUS segundo seus princípios fundadores, as possibilidades e limites na produção de políticas de gestão alicerçadas na universalidade, equidade e na participação popular, além da discussão da democratização na gestão dos serviços e seu impacto sobre os sujeitos envolvidos nos processos assistenciais.	BENEVIDES, R; PASSOS, E. Humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva. RJ. V10, n.3, p.561-71, julho/setembro, 2005; CAMPOS, G, W. Reforma da Reforma. SP: Huciter, 1992; DESLANDES, S, F (Org). Humanização do cuidado em saúde: conceitos, dilemas e práticas, 2006; FLEURY, S. Reforma do Estado, Seguridade social e saúde no Brasil. In MATTÁ, G, C. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS, 2008; PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica. Fiocruz, 2008; PUCCINI, P, T; CECÍLIO, L, C, O. A humanização dos Serviços e o direito à saúde. Cadernos de Saúde Pública, RJ, V20, n.5. p 1342-53, 2004.

Quadro elaborado a partir do artigo de Rogério Miranda Gomes (2012)

Rogério Miranda Gomes (2012) refere ainda que para problematizar a humanização/desumanização em seu caráter multideterminado e complexo, os autores do campo da saúde coletiva recorreram a algumas influências teóricas, conforme descrito no quadro (7) abaixo:

**Quadro 7 – Influências teóricas sobre Humanização**

Influências teóricas	Autores correspondentes
Crítica histórico-social à medicina, à organização social da prática médica e à medicalização social.	FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. 4ª ed. RJ. Forense Universitária, 1994; POLACK, J. C. La medicina del capital. Madrid: fundamentos, 1971; ROSEN, G. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. RJ. Graal, 1979.

A crítica histórico-social à medicina, à organização social da prática médica e à medicalização social e sua influência sobre a produção latino-americana e brasileira no princípio da constituição do campo	AROUCA, S. O dilema preventista: Contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva, 2003; DONNANGELO, M.C.F. Medicina e sociedade: O médico e seu mercado de trabalho. SP. Pioneira, 1976; MENDES-GONÇALVES, R.B. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico, 1979. Dissertação.
Diálogo com tradição marxiana, especificamente em seu substrato filosófico expresso na relação ‘Humanização-Alienação’, cujas elaborações em muito podem contribuir para a compreensão de processos e fenômenos hodiernamente caracterizados como desumanizadores.	HELLER, A. O cotidiano e a história. 7ª ed.SP. Paz e Terra, 2004; LUKÁCS, G. A ontologia do Ser social, 1981ª; MARX, K. Manuscritos econômicos filosóficos. SP. Boitempo, 2004; MÉSZÁROS, I. A teoria da alienação em Marx. SP. Boitempo, 2006.

Quadro elaborado a partir das informações contidas no artigo de Rogério Miranda Gomes (2012, p. 75 e 76).

O próprio artigo de Rogério Miranda Gomes (2012) que dialoga com a tradição marxiana pode ser considerado referencial teórico para análises críticas referentes a “Humanização”. Bem como, o livro de Marina Monteiro de Castro e Castro (2018).

Assim, a partir da leitura da dissertação de Neulls (2016) e do artigo de Rogério Miranda Gomes (2012) identificou-se alguns conceitos/entendimento e/ou interpretações da categoria “humanização”, expressos de quatro formas, assim exposto no quadro (8).

#### Quadro 8 – Conceitos/interpretações sobre o que é Humanização

Humanização a partir da relação queixa/conduta (anterior a política)	Humanização a partir da linguagem e comunicação (PNH)	Humanização a partir da superação do modo de produção capitalista	Humanização a partir da dialética humanização-alienação
Visão assistencialista, paternalista, em que imperam ações focalizadas e verticalizadas, sem interação entre os sujeitos.	Visão da própria PNH, onde direciona exclusivamente aos sujeitos as transformações das formas de atenção e gerir a saúde.	Parte da ideia da ontologia do ser social, do processo de humanização do homem em gênero humano e do modo de produção capitalista enquanto produtor e reproduzidor das relações sociais coisificadas.	Parte da ideia de que “Nunca humanização ou alienação, mas sempre “humanização-alienação”- unidos pelas relações sociais. Constituição de sujeitos permeados pela “autoconsciência”, “autodeterminação” e “omnilateralidade”.

Quadro elaborado a partir da discussão acerca dos conceitos de humanização debatidos na dissertação de Talita Fernandes Neulls e leitura crítica do artigo de Rogério Miranda Gomes.

Importa destacar aqui, que ambos autores, Neulls (2016) e Rogério Miranda Gomes (2012), partem da contribuição marxista da constituição do ser social, contudo observou-se que enquanto Neulls (2016) e Castro (2018) dedicam-se e limitam-se a problematizar o homem enquanto sujeito e a natureza como objeto, Rogério Miranda Gomes (2012) avança na relação

dialética da humanização-alienação e inclui no debate a questão da práxis, das relações sujeito-sujeito.

Embora a “generecidade para-si” apresenta-se apenas como possibilidade, dada a predominância restritiva das relações sociais hegemônicas, não significa que ela não possa se apresentar em movimentos embrionários, latentes, através de tentativas dos sujeitos e grupos em superar suas alienações (GOMES, 2012, p. 85).

Contudo, entende-se pertinente a abordagem de Castro (2018) e Neulls (2016, p. 11) onde criticam a forma como a PNH excluiu, “o questionamento da estrutura social, ou o modo desigual que se configuram as relações sociais no modo de produção capitalista”.

Assim, analisar a efetivação da PNH, nos confronta com a categoria polêmica e recorrente no debate da área da saúde, da “humanização”, pois esta evidencia de imediato o reconhecimento de relações (des) humanas que ocorre nos espaços institucionais de saúde.

Vimos na apresentação inicial deste capítulo que na PNH transparece as categorias de análise “trabalho” e “humanização”. Em vista disso, será problematizado o significado atribuído a esta pesquisa do que significa ambas categorias. Desta forma, deixa-se claro que as categorias supracitadas se relacionam dialeticamente e, portanto, serão refletidas em seu movimento. De acordo com Karl Marx (2017),

o trabalho, como criador de valores de uso, como trabalho útil, é indispensável à existência do homem – quaisquer que sejam as formas de sociedade - é necessidade natural e eterna de efetivar o intercâmbio material entre o homem e a natureza e, portanto, de manter a vida humana (MARX, 2017, p.64-65).

Assim entende-se que foi a partir do trabalho que a espécie humana se constituiu, como um novo tipo de ser, o ser social<sup>27</sup>. A história de como o ser social se desenvolve, pode ser descrito como o processo de humanização dos homens. Assim, José Paulo Netto (2012) nos revela que

o processo de constituição do ser social tem seu ponto de arranque nas peculiaridades e exigências colocadas pelo trabalho; a partir dessas exigências [...]: atividade teologicamente orientada, a tendência à universalização e a linguagem articulada), os sujeitos do trabalho experimentam um multimilenar processo que acaba por distingui-los da natureza: o processo de humanização (NETTO; BRAZ, 2012, p. 51).

---

<sup>27</sup> Para Netto (2012) o ser social significa um novo tipo de ser, distinto do ser natural, que através do trabalho dos grupos primatas surgiram os primeiros grupos humanos, em que o trabalho, é sempre, atividade coletiva.

Ou seja, Netto (2012), baseando-se em Marx, pontua que o homem ao transformar a natureza passou a transformar a si mesmo, sendo pertinente neste processo a questão do conhecimento sobre a natureza, **referindo que a comunicação e a linguagem articulada** são formas em que “o sujeito do trabalho expressa as suas representações sobre o mundo que o cerca”. A linguagem articulada a partir de sua comunicação exterioriza e viabiliza a escolha entre alternativas pensadas e refletidas, e isso é, humanização.

O avanço do processo de humanização pode ser compreendido, pois, como a diferenciação e complexificação das objetivações<sup>28</sup> do ser social. O trabalho aparece como a objetivação primária e ineliminável do ser social, a partir da qual surgem, através de mediações cada vez mais complexas, as necessidades e as possibilidades de novas objetivações (NETTO; BRAZ, 2012, p. 52-53).

Neste sentido entende-se que apesar do trabalho ser constitutivo do ser social, este não se reduz ao trabalho. Para Netto (2012, p. 55) “o desenvolvimento do ser social implica o surgimento de uma racionalidade, de uma sensibilidade e de uma atividade que, sobre a base necessária do trabalho, criam objetivações próprias”. Assim, apresenta-se a categoria da práxis,

[...], no trato dessas objetivações, dois pontos devem ser salientados: deve-se distinguir entre formas de práxis voltadas *para o controle e a exploração da natureza* e formas voltadas *para influir no comportamento e na ação dos homens*. No primeiro caso, que é o do trabalho, o homem é o sujeito e a natureza é o objeto; no segundo caso, trata-se de relações de sujeito a sujeito, daquelas formas de práxis em que o homem atua sobre si mesmo - como na práxis educativa e na práxis política (NETTO; BRAZ, 2012, p. 55-56).

A análise da categoria da práxis é que permite, de acordo com os autores, apreender o ser social desenvolvido, que revela sua criatividade, e que projeta e realiza nas objetivações materiais e ideais um mundo de produtos, obras e valores.

Nas relações sociais da sociedade capitalista em que imperam a exploração do trabalho, exploração do homem pelo homem, em suas diversas apresentações (liberalismo, social-democracia, desenvolvimentista, neoliberalismo) o que ocorre é que as objetivações produzidas não se apresentam como criatividade produzida pelo próprio homem, e sim como algo exterior, em que cria vida e valor próprio. Neste sentido caracteriza-se o processo histórico da alienação e que para Netto e Braz (2012, p. 57) “[...] a alienação é própria de sociedades onde têm vigência

---

<sup>28</sup> Objetivação para Netto (2012) é a transformação material da natureza, a partir da idealização (mentalmente em seu cérebro), antes de efetivar a atividade do trabalho.

a divisão social e técnica do trabalho e a propriedade privada dos meios de produção fundamentais”.

Neste sentido, estas relações materializam-se a partir do conceito marxista de reificação<sup>29</sup> em que ocorre a personificação da mercadoria e coisificação de sujeitos, esses se alienam e não se reconhecem no que produzem (LUKÁCS,2003). Nessa relação está a exploração da produção de mais valia<sup>30</sup> e a lutas de classe, e se estabelece a constituição de um processo de precarização e resistência (SPOTORNO; WÜNSH, 2014, p. 88).

Ao pensar “Serviços de Saúde”, considera-se aqui, a categoria “serviços” de Karl Marx (2017, livro I, V.I, p. 216), em que o “serviço nada mais é que o efeito útil de um valor de uso, mercadoria ou trabalho”. Logo, no que se refere à saúde como mercadoria, importante destacar que nesta proposta de pesquisa,

[...] estará limitado às empresas capitalistas de serviços de saúde porque entendemos que estas, além de suas particularidades, ligadas aos objetivos lucrativos, reproduzem todas as propriedades econômicas essenciais de outros tipos de empresas (benéficas, estatais, etc.) (NOGUEIRA, 2012, p. 10).

Contudo, nos adverte Roberto Passos Nogueira (2012, p.10) “que à época de Marx, as empresas deste gênero tinham pouca importância econômica”. Assim, para a problematização deste projeto de pesquisa trazemos as contribuições de Nogueira (2012) que afirma que devemos distinguir a análise do trabalho em serviços (neste projeto, o de saúde) e trabalho industrial.

Atualmente, essa observação já não se justifica. Os serviços se transformaram num setor relativamente importante de investimento de capital e, ademais, sua articulação com a indústria passou a ser uma das molas propulsoras da acumulação na fase monopolista do capitalismo (NOGUEIRA, 2012, p. 11).

Assim, o autor nos apresenta o “serviço” a partir de duas determinações: a genérica e a específica. A forma genérica parte da ideia de que o conceito de “serviço” é uma extensão do conceito de valor de uso, e a específica:

Denomina-se serviço, nessa sociedade, não o trabalho em geral, mas uma atividade específica organizada sob distintas formas de relações sociais, cujas características econômicas opõem-se às do processo de produção de mercadorias. É assim que poderemos compreender a assistência de saúde

---

<sup>29</sup>Reificação, termo elaborado por Lukács (2003) na análise do fenômeno da alienação e fetichismo da mercadoria.

<sup>30</sup> O lucro apropriado pelo empregador a partir do que o trabalhador cria como excedente (MARX, 1980).



como parte da divisão social do trabalho, na qualidade de integrante do setor de serviços (NOGUEIRA, 2012, p. 16).

Mas o que importa destacar, neste momento é que “os serviços de saúde, qualquer que seja sua natureza econômica, estão subordinados às relações capitalistas de produção e de troca impostas pelas indústrias de insumos” (NOGUEIRA, 2012, p. 66).

Cabe aqui, retomar as diretrizes, as quais já foram brevemente apresentadas: a clínica ampliada e compartilhada, a gestão participativa e cogestão, o acolhimento, ambiência, valorização do trabalhador e defesa dos direitos do usuário (BRASIL, 2015). Uma vez que os roteiros de entrevistas foram baseados nestas diretrizes, cabe aqui apresentá-las um pouco mais detalhadas. Todas as diretrizes podem ser conhecidas no documento base para gestores e trabalhadores vinculados a “série B. Textos básicos em saúde”, bem como possuem cartilhas próprias.

A clínica ampliada e compartilhada possui uma cartilha que já teve várias edições e atualizações, sendo a última encontrada com a data de 2010, totalizando 68 páginas. É uma diretriz complexa e que necessitaria de uma dissertação própria para uma boa reflexão e aprofundamento, por isso nos deteremos apenas em alguns pontos.

O primeiro é que a proposta da Clínica Ampliada apresenta diversas ferramentas que possibilitam a articulação e inclusão de diferentes enfoques e disciplinas – o enfoque: biomédico, social e psicológico. Inquestionavelmente reconhece que em um dado momento e situação singular, pode existir a predominância de um enfoque, sem negar o outro. A necessidade de se ter uma proposta de Clínica Ampliada refere-se que,

cada uma destas três abordagens (biomédico, social e psicológico) é composta de várias facetas, no entanto, pode-se dizer que existe em cada uma delas uma tendência para valorizar mais um tipo de problema e alguns tipos de solução, muitas vezes de forma excludente (BRASIL, 2010b, p. 10).

Assim, a cartilha ainda apresenta alguns instrumentos – ou dispositivos para sua viabilidade: clínica ampliada; equipes de referência; Projetos Terapêuticos Singulares.

A Gestão Participativa e Cogestão, segue a mesma complexidade da Clínica, contudo possui dois textos próprios para sua discussão, além do documento base: “Gestão e formação nos processos de trabalho”, de 2004 e “Gestão participativa e cogestão”, de 2010. Este último com 60 páginas. De forma bem geral,

uma gestão mais compartilhada, portanto mais democrática, nos serviços de saúde, no cotidiano das práticas de saúde, que envolvem as relações, os encontros entre usuários, sua família e rede social com trabalhadores e equipes de saúde, necessita alterações nos modos de organização do trabalho em saúde. Ou seja, que se alterem os processos de definição das tarefas, responsabilidades e encargos assumidos pelos trabalhadores. Tradicionalmente, os serviços de saúde organizaram seu processo de trabalho baseando-se no saber das profissões e das categorias (as coordenações do corpo clínico ou médico, da enfermagem, dos assistentes sociais, etc.) e não em objetivos comuns (BRASIL, 2010c, p. 9-10).

Assim, essa diretriz apresenta como dispositivos e instrumentos que possibilitam sua concretização: Grupos de Trabalho de Humanização; Colegiados gestores; mesas de negociações permanentes; contratos de gestão; contratos internos de gestão; Câmara Técnica de Humanização; Equipe de Referência; Projeto Terapêutico Singular; Direito a acompanhante em consultas, realização de exames e em internações; Visita aberta; Espaços de escuta qualificada de usuários e trabalhadores: ouvidoria, gerência de agenda aberta, etc. Cada um destes dispositivos possuem sua complexidade e contribuição.

A diretriz acolhimento é considerada aqui uma das mais complexas de se abordar, embora existam diversos documentos e cartilhas que versam somente sobre ela. “Acolhimento nas práticas de saúde”, de 2010, “Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência”<sup>31</sup>, de 2010 e a mais recente que se tem conhecimento é “Acolhimento na Gestão e o trabalho em Saúde”, de 2016.

o Acolhimento é uma estratégia de interferência nos processos de trabalho. O Acolhimento não se limita a um espaço físico, mas transparece em uma postura ética. Não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica um compartilhamento de saberes, de angústias e de invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade (BRASIL, 2016, p. 11).

Assim, a PNH faz questão de pontuar quais ideias são consideradas como restritivas e, geralmente, confundidas com a diretriz acolhimento,

ora como uma atitude voluntária de bondade e de favor exercida por parte de alguns profissionais; ora como uma dimensão espacial, definida a partir de um espaço físico ou em um ambiente confortável; ora como uma prática exercida pela equipe de porta de entrada do serviço, ou mesmo em uma recepção administrativa, limitada à porta de entrada dos serviços de saúde; ora como uma ação de triagem administrativa e de repasse de encaminhamentos para serviços especializados, ou seja, uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e de produção de vínculo (BRASIL, 2016, p. 9).

---

<sup>31</sup> Aqui versa sobre o acolhimento com foco em um dispositivo e não necessariamente enquanto diretriz.

Fica claro aqui, o acolhimento como um processo de responsabilização e de produção de vínculo. Em relação a diretriz ambiência, cabe referenciar que já foi considerada entre os primeiros documentos da PNH como um dispositivo, sendo “promovida” a uma diretriz da política. Segundo a cartilha sobre a ambiência, cuja última atualização foi no ano de 2010,

O conceito de AMBIÊNCIA segue primordialmente três eixos:

- O espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia...–, e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários.
- O espaço que possibilita a produção de subjetividades – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho.
- O espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. É importante ressaltar que esses três eixos devem estar sempre juntos na composição de uma ambiência, sendo esta subdivisão apenas didática (BRASIL, 2010d, p. 06).

Sobre a diretriz valorização do trabalhador, afirma-se que está integrado com as outras diretrizes, pois “é importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho” (Brasil, 2015, p. 11). Os dispositivos podem ser o fortalecimento da participação dos trabalhadores nos espaços de cogestão e os programas de formação em saúde, entre outros.

Em relação à diretriz vinculada à defesa dos direitos dos usuários, é possível afirmar a necessidade de que os usuários tenham conhecimento de seus direitos, a fim de poder contribuir, bem como de seus deveres também. Existem dois documentos voltados para a reflexão acerca desses direitos: “A carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” – sendo a última publicação em 2011, e “Visita aberta e direito a acompanhante”, de 2010. Assim, a PNH afirma que “os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta” (BRASIL, 2015, p. 11).

Para a implementação da PNH são apresentados sete (7) eixos de ação com o objetivo de institucionalizar e difundir a apropriação de seus resultados pela sociedade, expressos no quadro a seguir:

**Quadro 9 – Eixos de ação da PNH**

as instituições do SUS	gestão do trabalho	financiamento	atenção	da educação permanente em saúde	informação/comunicação	gestão da PNH
se que a PNH faça parte dos planos estaduais e municipais dos governos;	se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, seu desenvolvimento e seu crescimento profissional;	se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os, fundo a fundo, mediante o compromisso dos gestores com a PNH;	se uma política incentivadora de ações integrais, promocionais e intersetoriais de saúde, inovando nos processos de trabalho que busquem o compartilhamento dos cuidados, resultando em aumento da autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos;	a incluída como conteúdo e/ou componentes curriculares de cursos de graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-se às instituições de formação; 2) oriente processos de educação permanente em saúde de trabalhadores nos próprios serviços de saúde;	se por meio de ação da mídia e discurso social amplo a inclusão da PNH no debate da saúde;	se práticas de planejamento, monitoramento e avaliação, baseadas em seus princípios, diretrizes e dispositivos, dimensionando seus resultados e gerando conhecimento específico na perspectiva da Humanização do SUS

Quadro elaborado a partir das informações disponíveis no documento oficial da Política de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde (BRASIL, 2008, p. 36)

Assim, seguem no próximo subtítulo, as discussões pertinentes à implementação e avaliação da PNH.

### 4.3 A implementação e avaliação da PNH

O Ministério da Saúde, no ano de 2009, após seis anos de existência da PNH, divulgou o documento “Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS: Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência” e a EBSEH sede reproduziu algumas das diretrizes para avaliação e monitoramento da PNH no âmbito de suas filiais (HU’s que aderiram à gestão da empresa), em novembro do ano de 2017, construindo a primeira “cartilha”, denominada como: “Diretriz Ebserh de Humanização: Assistência humanizada para melhoria da qualidade em saúde”, em 2018.

Considerando Howlett (2013, p.199), “o conceito de avaliação de políticas públicas se refere, em termos amplos, ao estágio do processo em que se determina como uma política de fato está funcionando na prática”. E, depois de avaliada, os problemas e soluções podem ser

repensados. Para o autor, existem dois tipos de avaliações: as positivistas e as pospositivistas. Este autor nos alerta que não existe uma forma correta definitiva de avaliação, pois,

Observadores sagazes logo perceberam que seria ingênuo acreditar que a avaliação de políticas teria sempre a intenção de revelar os efeitos de uma política. Na verdade, às vezes ela é empregada para mascarar ou esconder certos fatos que o governo teme que venham a denegri-lo. É também possível, que o governo estabeleça os termos da avaliação de tal maneira que ela leve a conclusões que o pintem em cores mais favoráveis. Ou se quiser mudar ou descartar alguma política, ele pode ajustá-los de modo que correspondam a seu desígnio. De maneira semelhante, a avaliação feita por quem está fora do governo nem sempre tem o propósito de aprimorar a política, mas muitas vezes, de criticá-la, com vistas a obter vantagem político-partidária ou a reforçar postulados ideológicos (CHELIMSKY; BOVENS; THART apud HOWLETT, 2013, p. 200).

Assim, para Howlett (2013), pode-se olhar para a avaliação de políticas como uma combinação de elementos de ambas as perspectivas (positivista e pospositivista), de forma a considerá-la como “aprendizado político”. Nesta perspectiva da avaliação como aprendizado político, houve um movimento da “política baseada em evidência”, conhecida na área da saúde, onde “os defensores dessa abordagem acreditam que os governos podem aprender mais da experiência, evitar os erros do passado e aplicar melhor as recentes técnicas à resolução de problemas, antigos e novos” (SANDERSON apud HOWLETT, 2013, p. 203).

Em um estudo sobre a “formulação e implementação de políticas como pedagogia para a gestão”, Heider Aurélio Pinto e Alcindo Antonio Ferla (2015) chegaram à seguinte conclusão, baseando-se na PNH e em outra política do SUS:

Ambas as políticas, por exemplo, apresentaram dificuldades de serem monitoradas e avaliadas, de maneira mais global e permanente, tanto em termos de implantação quanto em relação a seus avanços e resultados, seja por ter muitos objetivos cuja mudança só se evidencia na micropolítica dos serviços, seja por não serem facilmente “enquadráveis” nos modos instituídos e tradicionais de informação e avaliação ou por não ter instituído estratégias mais específicas e sistemáticas de monitoramento e avaliação (PINTO; FERLA, 2015, p. 85-86).

A construção do manual com eixos avaliativos e indicadores de referência teve a participação de Serafim Barbosa Santos Filho<sup>32</sup>, na condição de consultor do Ministério da Saúde. Este autor tem produções referente à avaliação e PNH desde o ano de 2007.

---

<sup>32</sup>Graduação em Medicina, Residência em Medicina Preventiva e Social, Mestrado em Saúde Pública e Epidemiologia, Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da UFMG. Médico Sanitarista da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte e desde 2000 atua como Consultor do Ministério da Saúde e Consultor

No manual, Santos Filho (2009) parte da compreensão de que os princípios do SUS e da PNH coincidem, reconhecendo a avaliação e monitoramento deste processo como complexo e a construção de indicadores como um desafio.

Em meio a esses desafios, chamamos a atenção para o fato de que todas as dimensões da atenção e da gestão devem se transformar em importantes indicadores para a PNH, e por isso reunimos neste documento uma série de variáveis e situações abordadas/analizadas nos serviços de saúde, porém complementadas e acopladas a critérios e parâmetros que qualificam as práticas/processos/resultados à luz do HumanizaSUS (BRASIL, 2009, p. 8).

O manual organiza as diretrizes para o monitoramento e avaliação em duas matrizes, entendidas como preliminares. Sendo uma para a atenção hospitalar e a outra para atenção básica. Em ambas, a organização dos indicadores se apoiam.

Finalmente, reafirmamos que, para além da simples reunião de indicadores a serem atrelados às intervenções, nossa ênfase recai sobre o modo (das equipes) de se chegar a essas informações e lidar com elas, sendo esse próprio modo um dos componentes centrais da avaliação enquanto dispositivo de humanização. **Por isso, antes de se ater ao recorte de indicadores, é necessário ater-se à compreensão dos dispositivos, desvelando coletivamente seus significados, clareando e definindo seus possíveis objetivos específicos, em cada realidade específica** (BRASIL, 2009, p. 14-15, grifo nosso).

Assim, o manual engloba indicadores mais amplos, dos processos, produtos e/ou resultados esperados e sugere que os indicadores apresentados sirvam de indutores da implementação de outras experiências. Destaca que os aspectos metodológicos e operacionais devem ser aprofundados, sendo a humanização abordada para além do monitoramento de rotina, incluindo pesquisas avaliativas. Assim, o manual

[...] reafirma a pertinência de se pautarem as ações da PNH como objetos de avaliação, uma vez que se trata de uma política pública em implementação, carecendo de dados para avaliar resultados dos investimentos e correções de rumo necessários (BRASIL, 2009, p. 14).

#### **4.4 Diretriz EBSERH de Humanização: Assistência Humanizada para melhoria da qualidade em saúde:**

Nos meses de outubro e novembro de 2017, a referida diretriz foi distribuída nas filiais com o objetivo de apresentar o documento, inicialmente estruturado em: apresentação; introdução; diretrizes e dispositivos da PNH; monitoramento e avaliação; referências e anexos. A partir de uma oficina para apresentação deste documento, estruturou-se as noções atribuídas da PNH nos hospitais universitários filiados à EBSEH, tornando-se revelador na ata desta oficina/validação da minuta da diretriz, que:

- Dos hospitais que adeririam à EBSEH, apenas 25 representantes dos hospitais participaram da 1ª oficina. Sendo do Rio Grande do Sul, apenas os hospitais da Universidade Federal do Rio Grande (HU/FURG) e da Universidade Federal de Santa Maria (HU/UFMSM);
- A nomenclatura votada e que ficará registrada na diretriz será a de “Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)”, mesmo não sendo obrigatória a alteração da nomenclatura para “GTH”. As pessoas responsáveis por conduzir a política nas filiais da EBSEH devem assegurar que os objetivos das ações estejam em consonância com as propostas da diretriz, com os demais hospitais da rede e com a Política Nacional de Humanização;
- Na discussão sobre os tópicos das diretrizes, ficou assim determinado: no item monitoramento e avaliação, foi proposto o Índice EBSEH de Humanização, o qual será monitorado pelo Serviço de Gestão de Qualidade da EBSEH Sede, com informações fornecidas pelas filiais. Sendo proposto indicador composto, constituído por 7 variáveis: 1. Grupo de Trabalho de Humanização implantado, regido por Regimento interno próprio, publicado em Portaria Institucional, que inclua os participantes; 2. Atuação dos Grupos de Trabalho de Humanização na implantação e implementação dos dispositivos da PNH; 3. Sistemas de escuta qualificada em funcionamento; 4. Projeto de Acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos; 5. Realização de campanhas em prol da Humanização; 6. Número de dispositivos/projetos, presentes na Diretriz EBSEH de Humanização, implantados e com atividades em desenvolvimento; 7. Presença de outros dispositivos/projetos preconizados pela PNH, implementados no Hospital.

No ano de 2018 é lançada a diretriz que irá subsidiar a PNH nas filiais da EBSEH. O documento que possui 41 páginas está distribuído da seguinte maneira: apresentação, introdução, diretrizes e dispositivos da PNH (GTH; visita aberta e acompanhante; sistemas de escuta qualificada; desospitalização; acolhimento em função da vulnerabilidade e risco; carta de direitos dos usuários do SUS; valorização dos trabalhadores e brinquedoteca); além de prever o monitoramento e a avaliação. Apresenta ainda alguns anexos com propostas de Regimento interno para o grupo; propostas de documentos sobre os direitos dos usuários. Nesta breve

apresentação se destacará o dispositivo do GTH e seu regimento interno, pois se trabalhou com esse dispositivo no grupo focal.

O primeiro ponto a ser destacado é que a Diretriz EBSEERH, assim como a própria política referem que o GTH se reporta diretamente à superintendência do Hospital, possui até um organograma para melhor visualização. Segundo ponto importante a destacar é que a diretriz ressalta a importância da consulta dos gestores do hospital ao GTH para que analise os diferentes projetos da instituição. E terceiro ponto, diferente do Regimento interno em vigor do GTH do HU/FURG, a proposta de Regimento Interno da EBSEERH estabelece a participação de usuários.

Posto essas considerações, no próximo capítulo, faremos a apresentação dos dados relativos ao estudo realizado.



## 5 ANÁLISE DA PNH NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORREA JUNIOR

### 5.1 Algumas considerações sobre a pesquisa realizada

O desenvolvimento da pesquisa teve cunho estratégico e qualitativo constituindo-se em um estudo exploratório de abordagem marxista (materialista dialético crítico). Foi estratégico pois, segundo Maria Cecília de Souza Minayo (2004, p. 26) “tem a finalidade de lançar luz sobre determinados aspectos da realidade”. Qualitativa pois conforme Minayo (2012, p.21) “ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”, bem como, foi exploratória no sentido de que esta possibilita uma aproximação de “tendências que estão ocorrendo na realidade, para as quais não temos ainda conhecimento sistematizado nem bibliografia consolidada” (Mota et al., 2008, p. 385), de forma a captar a essência daquilo que está aparente.

A dialética marxista, abarca não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais, que lhe atribuem significados (MINAYO, 2004, p. 11).

A fim de evitar equívocos em relação à escolha pela metodologia qualitativa em detrimento da quantitativa, interessa-nos esclarecer de forma breve e sem problematizá-la usando as palavras de Minayo (2004, p. 11) de que “[...] a dialética assume que a qualidade dos fatos e das relações sociais são suas propriedades inerentes, e que quantidade e qualidade são inseparáveis e interdependentes”.

Sobre a abordagem marxista, Minayo (2004, p. 34), nos revela que “sublinha-se a base material como determinante da produção da consciência, mas assume-se a importância das representações sociais como condicionantes tanto na reprodução da consciência como na construção da realidade mais ampla”

Entende-se como pertinente caracterizar o que se compreende por método marxista. Preocupa-se em não elaborar uma visão vulgar, “crítica da crítica” ou de apenas se posicionar de forma positiva ou negativa frente ao tema, pois conforme refere José Paulo Netto (2011)

em Marx, a crítica do conhecimento acumulado consiste em trazer ao exame racional, tornando-os conscientes, os seus *fundamentos*, os seus *condicionamentos* e os seus *limites* – ao mesmo tempo em que se faz a verificação dos conteúdos desse conhecimento a partir dos processos históricos reais (NETTO, 2011, p.18).

Sendo o foco a análise desta política, isso exige relações construídas pelos homens e a teoria de que dela resultará, como afirma Netto (2011)

exclui qualquer pretensão de “neutralidade”, geralmente identificada com “objetividade”[...] entretanto, essa característica não exclui a objetividade do conhecimento teórico: a teoria tem uma instância de verificação de sua verdade, instância que é a prática social e histórica (NETTO, 2011, p. 23).

Neste ponto, nos alerta que, em Marx, a característica de uma “lei” não é a de ser imutável, rígida e fixa, e sim, como explicita Netto (2011, p.24), no sentido de ser “uma tendência histórica determinada, que pode ser travada ou contrarrestada por outras tendências”.

Sobre o papel do sujeito, assim nos revela (MARX apud NETTO, 2011, p. 25), que na investigação o sujeito “tem de se apoderar-se da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento e de perquirir a conexão que há entre elas”.

Para Marx o método consiste em dois momentos: o método da pesquisa e o método de exposição. O primeiro, parte de perguntas e o segundo parte dos resultados. Outro elemento importante a ser esclarecido sobre o método de Marx é “de que não se pode conceber o mundo como um conjunto de coisas acabadas, mas como um conjunto de processos” (Marx-Engels apud Netto, 2011, p. 31).

Assim, também Netto (2011) nos apresenta uma passagem do livro “Miséria da filosofia” (1847, p 125-126), que segundo ele, são basilares para a compreensão do método:

As relações sociais estão intimamente ligadas às forças produtivas. Adquirindo novas forças produtivas, os homens transformam o seu modo de produção e, ao transformá-lo, alterando a maneira de ganhar a sua vida, eles transformam todas as suas relações sociais [...] Os mesmos homens que estabeleceram as relações sociais de acordo com a sua produtividade material produzem, também, os princípios, as ideias, as categorias de acordo com as suas relações sociais. Assim, essas ideias, essas categorias são tão pouco eternas quanto as relações que exprimem. Elas são produtos históricos e transitórios (NETTO, 2011, p. 34-35).

## **5.2 Local do estudo, participantes da pesquisa e instrumentos utilizados**

No Rio Grande do Sul existem três hospitais universitários federais: o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria – HUSM; o Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas – HE/UFPEL; e o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr da Universidade Federal do Rio Grande – HU/FURG. Estes hospitais passaram a ter sede própria para desenvolvimento de suas atividades após a década de 1980. Destes, o

HU/FURG foi o último a aderir à EBSEH (2015) e é o espaço de atuação profissional da pesquisadora, sendo este, portanto, o lócus do estudo.

Considerando a compreensão de sujeitos da PNH, os participantes da pesquisa foram os/as trabalhadores/as, gestores e usuários/as do hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa – HU/FURG. Optou-se por não escolher apenas um destes (trabalhadores/as **ou** gestores **ou** usuários/as), porque conforme já apontado por Benevides e Passos (2005), há de se evitar fragmentar, compartimentar, e segmentar a política. Como política, a humanização se realiza pela relação destes sujeitos e, portanto, para uma análise da PNH na instituição, esta foi compreendida a partir de todos os olhares.

Os integrantes do Grupo de Trabalho de Humanização – GTH do HU/FURG, também foram convidados a participar da pesquisa. Além do GTH ser um dos dispositivos da PNH, e estar à frente da implementação da política no Hospital, o GTH do HU/FURG é um grupo composto por trabalhadores e gestores.

Considerando a necessidade de abranger os sujeitos implicados na efetivação da PNH, os indicadores quantitativos e qualitativos referenciados no documento do Ministério da Saúde e nos indicadores apontados pelas diretrizes da EBSEH e sendo esta pesquisa em nível de mestrado, o número total de participantes foi de 28 (vinte e oito) sujeitos, destes, 3 (três) são gestores, 6 (seis) são trabalhadores, 4 (quatro) são usuários e 15 (quinze) são integrantes do GTH, que serão posteriormente explicados.

Os instrumentos de pesquisas utilizados foram: questionário (apêndice I), roteiro de entrevista semiestruturada (apêndice III, IV, V, VI) e grupo focal (apêndice II). O primeiro foi aplicado com os 28 participantes da pesquisa, como uma sondagem inicial sobre o tema e breve perfil do participante. O segundo foi aplicado com os gestores, trabalhadores/as e usuários/as. O último foi aplicado exclusivamente com os integrantes do GTH. Inicia-se descrevendo o processo de convite e aplicação da pesquisa a partir deste último.

Utilizou-se da compreensão de Minayo (2012) sobre a escolha dos instrumentos supracitados. No caso dos integrantes do GTH, um questionário de forma estruturada proporcionará uma sondagem inicial sobre o tema pesquisado e irá preparar a pesquisadora para a fase seguinte que é a do debate a partir de um grupo focal, pois segundo Minayo (2012, p. 68), a partir do grupo focal “o pesquisador constrói uma série de possibilidades de informações que lhe permitem levar em conta várias opiniões sobre o mesmo assunto e obter mais informações sobre a realidade”.

Segundo Bernadete Angelina Gatti (2005, p. 17 e 22) a composição do grupo focal não pode ser superior a 10 participantes e deve se basear “em algumas características homogêneas dos participantes, mas com suficiente variação entre eles para que apareçam opiniões diferentes ou divergentes”.

Sobre o número de integrantes participantes do GTH, cabe destacar que, inicialmente, no projeto de pesquisa, foi previsto um número máximo de 9 (nove) integrantes, pois considerou-se a portaria nº 69 de 2017 que indicava a existência de 16 integrantes, destes, uma era a pesquisadora e alguns membros da lista na prática não eram ativos no grupo. Contudo, na ocasião da pesquisa, a portaria havia sido atualizada (Portaria nº 108/2018) e constava um total de 20 membros como integrantes do GTH.

A abordagem para o convite para participação do grupo na pesquisa se deu de duas formas: individualmente e para finalizar o convite se utilizou a reunião ordinária do GTH, sendo agendado na ocasião a reunião para aplicação do grupo focal, que, visando a participação de todos interessados, considerou a data agendada para a próxima reunião ordinária do grupo. Assim, totalizou-se um número de 15 convidados, que responderam ao instrumento.

Pensou-se em adaptar o grupo focal para dois momentos para respeitar a orientação metodológica de no máximo 10 participantes. Porém não foi necessário, tendo em vista que na ocasião da realização do Grupo Focal apenas oito integrantes compareceram. No que pese a forma de registrar as interações do Grupo Focal, seguimos ainda a orientação de Gatti (2005),

Há várias maneiras de se registrar as orientações. Uma delas é o emprego de um ou dois relatores, que não interferem no grupo e fazem anotação cursiva do que se passa e do que se fala. [...] O meio mais usado para se registrar o trabalho com um grupo focal é a gravação em áudio (GATTI, 2005, p. 25).

Desta forma, importa aqui registrar que, está contemplado no número total de 8 integrantes do Grupo Focal, a relatora, que é uma integrante do GTH, que havia sido recentemente desligada deste. O debate realizado no Grupo focal se deu a partir de um roteiro semiestruturado (Apêndice II). A construção do roteiro para o grupo focal foi baseada na cartilha sobre o GTH da PNH. O Grupo Focal ocorreu numa sala, previamente agendada com a Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), deste hospital. Para fins de análise e citação do próximo capítulo, tendo em vista que as falas não serão analisadas por integrantes, estes serão identificados como “GTH”.

Na categoria de sujeitos da PNH – gestores foram entrevistados a partir do roteiro semiestruturado (apêndice IV) em um total de três, sendo estes integrantes/membros da

Gerência de Atenção à Saúde. Optou-se por focalizar nesta Gerência, pois conforme descrição no site oficial do HU/FURG/EBSERH consta que esta Gerência tem como algumas de suas atribuições: atuar de forma articulada com as demais áreas do HU, bem como coordenar a implementação das ações de atenção à saúde e política de humanização, sendo pertinente para alcançar parte do primeiro e terceiro objetivo específico deste projeto de pesquisa e fundamentais para atingir o objetivo geral. Reitera-se que também foi aplicado o questionário com estes participantes. As falas destes sujeitos, para análise e discussão dos resultados, serão identificadas como “G”, sendo: “G1”, “G2” e “G3”

Na categoria de sujeitos da PNH – trabalhadores foram entrevistados a partir do roteiro semiestruturado (apêndice III) em um total de seis. Destes, três foram servidores da EBSERH e três servidores da FURG. A fim de alcançar os três objetivos específicos e principalmente o segundo, se fez necessário incluir trabalhadores de ambos os regimes de trabalho. Reitera-se que também foi aplicado o questionário com estes participantes.

Para tanto, pensou-se em realizar uma abordagem inicial, no sentido de saber o tempo de serviço dos trabalhadores, para identificar os possíveis sujeitos a serem convidados a participar da pesquisa. As unidades que foram foco de abordagem foram a Clínica Médica, Serviço de Pronto Atendimento (SPA), Pediatria/UTI pediátrica, e a Unidade de Atenção Psicossocial às categorias profissionais que foram convidadas: médicos, enfermeiros, assistentes sociais. As falas destes sujeitos, para análise e discussão dos resultados serão identificadas como “T”, sendo: “T1”, “T2”, “T3”, “T4”, “T5” e “T6”.

Em relação a seleção dos usuários (pacientes ou familiares), buscou-se junto ao Sistema de Gestão Hospitalar – SIGH (ao qual a pesquisadora possui acesso), entre os pacientes internados nas Clínicas (SPA/ Pediatria/ Clínica médica), preferencialmente, aqueles que já possuíam registrado no SIGH mais de uma internação. Na ocasião da abordagem, devido situação de restrição ao leito dos/as pacientes, foram convidados seus familiares.

Dentro da categoria usuários estava previsto a participação de dois (2) pacientes ou familiares. Contudo, durante a aplicação foram convidados a participar da pesquisa quatro familiares. Com as duas primeiras foi usado o roteiro semi-estruturado (apêndice V) elaborado durante o projeto de pesquisa. Porém, percebeu-se em um primeiro momento que a entrevista estava “truncada”, talvez pelo fato de estarem sendo gravadas e, com isso, as entrevistadas estarem receosas por utilizarem o serviço da unidade ou talvez porque o roteiro não estivesse de forma acessível. Também foi percebido com as duas primeiras entrevistadas que elas não faziam ideia do que seria uma Política de Humanização, se sentiam inseguras se estavam me dando respostas “corretas”. Após o término das entrevistas, ao longo do corredor da unidade,

elas questionaram o que seria a PNH e, após uma conversa informal, questionavam e contavam outras situações que seriam relevantes para a discussão, mas optaram por não revelarem na ocasião da entrevista gravada. Assim, buscou-se adequar o roteiro de entrevista (apêndice VI) e a condução desta a fim de obter dados mais fidedignos do que os usuários realmente pensam a respeito.

O que mudou das duas primeiras entrevistas para as últimas foi o momento de perguntar se já haviam e o que haviam ouvido falar sobre humanização. Enquanto para as duas primeiras essa pergunta era a inicial, nas duas entrevistas posteriores foi uma das últimas perguntas. Bem como, foram acrescentadas mais três perguntas relacionadas a estas para ajudar as familiares a desenvolverem o assunto. As falas destes sujeitos, para análise e discussão dos resultados, serão identificadas como “U”, sendo: “U1”, “U2”, “U3” e “U4”.

O local em que foram realizadas as entrevistas dos usuários/as, trabalhadores/as e gestores foi a sala do Serviço Social, após horário de expediente da referida categoria. A fim de garantir o sigilo, alguns entrevistados/as escolheram sua própria sala de atendimento ou outro ambiente que lhe conferisse conforto.

Importante registrar que assim como o Grupo Focal, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, pois segundo Minayo (2012, p.69) “dentre os instrumentos mais fidedignos o mais usual é a gravação da conversa”. Considerando a escolha pela entrevista com roteiro semiestruturado, a autora recomenda que

[...] o roteiro deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas. [...] deve ser construído de forma que permita flexibilidade nas conversas e a absorver novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua estrutura de relevância (MINAYO, 2012, p. 191).

Do mesmo modo terá subsídios de dados fornecidos a partir de uma análise bibliográfica e documental, pois segundo Minayo (2004, p. 89) “[...], o conhecimento é uma construção que se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida”. Como descrito no capítulo 2, as pesquisas referentes à PNH se diversificam com enfoque em seus dispositivos. Portanto, apesar de aparentemente dissertarem ou criarem uma tese sobre aspectos fragmentados da PNH, se faz necessário analisá-los. Também foram utilizados análise das atas do GTH e notícias referentes à Humanização no HU/FURG/EBSERH.

Em relação aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação, seguiu as orientações do Comitê de Ética do Hospital Universitário do Rio Grande do Sul HU/FURG, respeitando as Diretrizes e Normas regulamentadoras de Pesquisa em Seres

humanos – Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo então cadastrado na Plataforma Brasil para posterior cadastro ao Grupo de Pesquisa e Pós Graduação-GPPG, com vistas à análise e aprovação do projeto pelos Comitês de ética em Pesquisa, da Universidade Católica de Pelotas e do HU/FURG/EBSERH, sendo aprovado por ambos os Comitês.

Reitera-se que a realização das entrevistas e do grupo focal foram antecedidas pela leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICES VII e VIII), bem como de esclarecimento da questão do sigilo e confidencialidade das informações fornecidas.

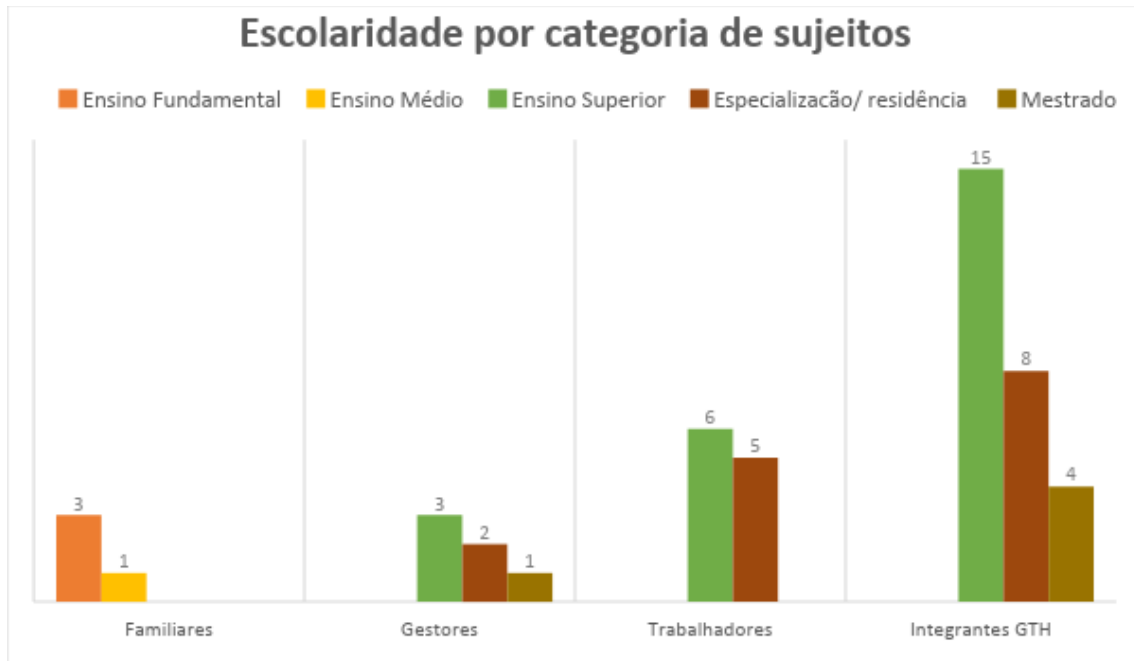
### **5.3 Resultados, análise e discussão dos dados**

Neste subitem serão apresentados o resultado obtido da análise documental (atas do grupo de humanização, notícias do site oficial do HU/FURG/SEBSERH e demais documentos encontrados). Bem como dos dados relativos aos participantes, das entrevistas com gestores, trabalhadores/as, usuárias, e do Grupo Focal aplicado aos integrantes do GTH. Sendo o objetivo desta pesquisa **analisar como vem sendo efetivada a Política Nacional de Humanização em um Hospital Universitário localizado no Estado do Rio Grande do Sul, a partir de sua adesão à EBSEH**, se faz necessário apresentar esses dados mais gerais para uma posterior análise.

#### **5.3.1 Dados gerais**

Este gráfico tem por objetivo apenas demonstrar visualmente a escolaridade, porém é possível observar não apenas a heterogeneidade do nível da formação, principalmente entre usuários e profissionais em seu aspecto mais geral, mas a tendência à desigualdade – no quesito escolaridade – que como refletidos no capítulo 3, sobre um dos valores que norteiam a PNH como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, geram a assimetria das relações de poder.

GRÁFICO 1 – Escolaridade por categoria de sujeitos



Como exposto no capítulo 4, a entrevista com os/as usuários/as, se deu com familiares dos pacientes internados. Neste primeiro momento interessa-nos evidenciar que, das 4 (quatro) entrevistadas, apenas uma referiu já ter ouvido falar em “humanização”, embora após as perguntas do roteiro, algumas passaram a verbalizar o que entendiam.

A seguir, os próximos gráficos dizem respeito apenas a questões do questionário relacionadas aos trabalhadores/as, gestores e integrantes do GTH, totalizando um público de 24 participantes. No Gráfico (2), busco apresentar brevemente sobre o ano de conclusão do curso superior dos sujeitos e a abordagem da PNH em alguma disciplina da graduação, tendo em vista a reflexão feita no Capítulo 3, que versa sobre a PNH, em que esta destaca a necessária e urgente aproximação entre gestão e atenção à saúde aliados a formação dos profissionais de saúde.



GRÁFICO 2- Ano de conclusão do ensino superior e abordagem da PNH



Observando o Gráfico 2, é imperativo destacar que a humanização enquanto política só passou a ser reconhecida no ano de 2003, por isso que os participantes que possuem a conclusão de seu curso no período de 1980 a 2003, referiram não ter sido abordada. Destaca-se que um entrevistado que se graduou no período, disse ter sido discutido sobre a questão da humanização enquanto tema. Interessante pensar que os participantes graduados neste período podem também ter ouvido falar da humanização como tema, mas podem não ter revelado essa informação tendo em vista que a pergunta se referia a humanização enquanto política. A importância de apontar essa informação é que a humanização enquanto política, tal como conhecemos hoje, traz em seus precedentes a humanização inicialmente como programa (2001) a partir de reivindicação de movimentos sociais e usuários das políticas de saúde, ainda na década de 1970, também já previamente discutidos.

No período de 2004 a 2010, destaco, para além do número expressivo de participantes graduados neste período, que mesmo sendo um período que a PNH já existia, 8 participantes referem que a política não foi abordada durante a graduação.

Destaca-se para os participantes com a conclusão do curso a partir de 2011, em que a PNH foi abordada nos cursos, mesmo que em dois casos tenha sido apenas de forma recortada na área específica do curso e não em sua totalidade, fazendo sentido assim a crítica de Benevides e Passos discutida no capítulo 3. Importa registrar aqui, que duas pessoas não responderam nem o ano de formação, nem se a PNH foi abordada na graduação. Um dos participantes revelou

apenas que sua graduação não é da área da saúde e por isso também não respondeu. Antes de continuar refletindo sobre estes aspectos apresento a seguir o Gráfico 3, que revela o tempo de atuação na área da saúde dos trabalhadores, gestores e integrantes do GTH participantes. Posteriormente será apresentado o Gráfico 4, que, baseando-se no tempo de atuação dos participantes na saúde, passaram a ouvir falar da PNH.

GRÁFICO 3 – Tempo de atuação na área da Saúde (trabalhadores, gestores, integrantes GTH)

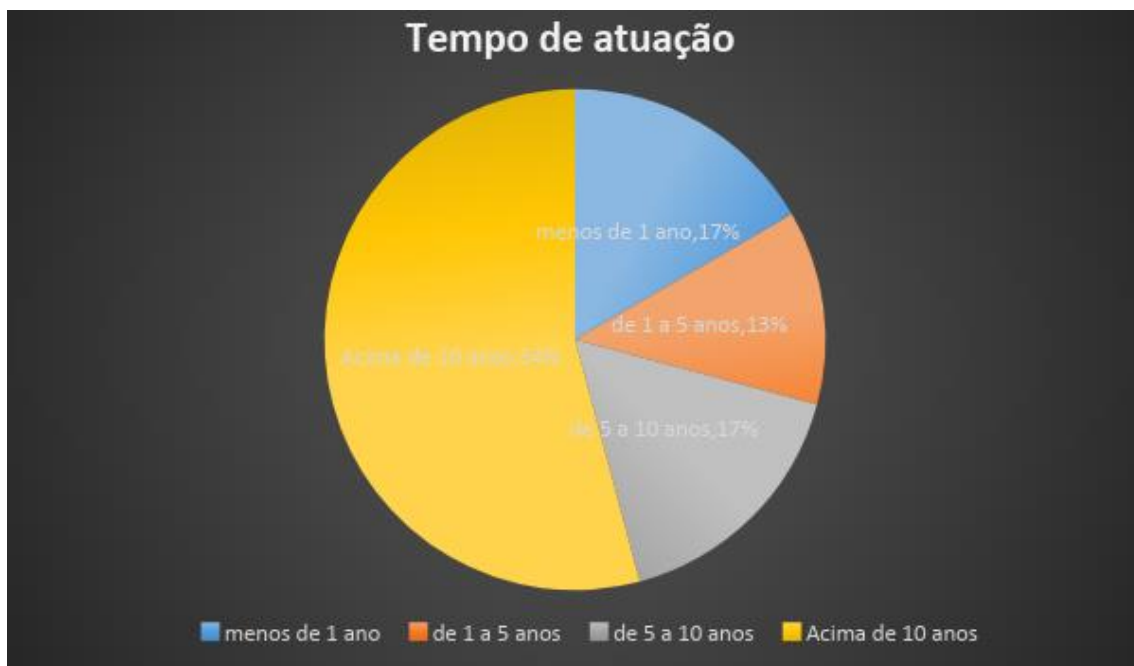
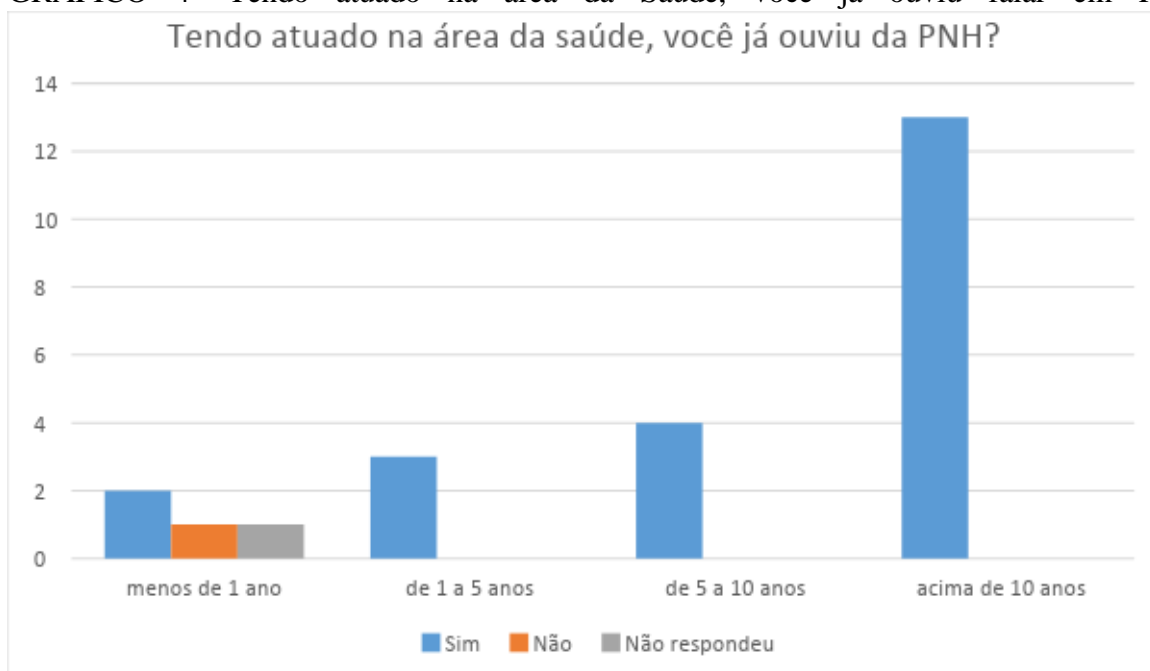


GRÁFICO 4- Tendo atuado na área da Saúde, você já ouviu falar em PNH?



A partir da relação dos gráficos 1, 2, 3 e 4, algumas observações podem ser registradas. Primeiro, que estes gráficos não têm potencial estatístico como uma pesquisa quantitativa, tendo em vista que para maior validação quantitativa necessitaria de um número de participantes mais expressivo. Buscou-se nos gráficos uma apresentação mais estética de dados que nos permitam refletir sobre as informações encontradas no referencial teórico e a realidade apresentada pelos participantes. Segundo, entende-se como locus principal de difusão sobre a PNH os espaços referentes ao exercício profissional das áreas da saúde e não os cursos de graduação. Algumas profissões como Comunicação, Pedagogia, entre outras, não têm os hospitais ou a própria saúde como campo principal de atuação e, portanto, não têm acesso a discussão sobre a PNH. Por isso o número expressivo de pessoas que após atuarem na área da saúde, referem já ter ouvido falar da PNH, com exceção de quem entrou recentemente na instituição.

Entende-se importante registrar que apesar de ter separados os sujeitos nas categorias “usuários/as, trabalhadores/as e gestores” como previsto pela PNH, durante a entrevista com trabalhadores e integrantes do GTH, os mesmos se revelaram como parte da Gestão. Dos 24 participantes, 11 se revelaram com algum tipo de cargo na gestão.

### **5.3.2 Análise das atas de reuniões do GTH e outros documentos**

Foram encontradas três fontes de registros das atividades desenvolvidas pelo Grupo de Trabalho de Humanização: Setor do Serviço Social, hoje vinculado à Unidade de Atenção Psicossocial do Hospital; uma pasta com documentos e um Livro Ata na Sala da Ouvidoria do Hospital; e uma pasta com as Atas das reuniões na Secretaria da Direção do Hospital.

Na pasta encontrada no setor do Serviço Social foram encontrados dois artigos que refletem sobre a política de humanização, bem como a contribuição do Serviço Social nesta Política. Estes textos datam do ano de 2006. O primeiro documento oficial impresso encontrado foi o que versa sobre o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), do Ministério da Saúde, com data de 2001. Localizou-se nesta pasta a deliberação nº 008/2006 do Conselho Superior da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), com a data de 25 de abril de 2006, que dispõe sobre o Regimento Interno do Grupo de Trabalho de humanização – GTH do Hospital Universitário. Também encontramos uma impressão que divulga a programação de uma oficina da PNH sobre acolhimento, um dos dispositivos do SUS

do ano de 2006, além de uma versão impressa da carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, do ano de 2007.

Sobre o Regimento Interno, como foi feito uma breve comparação entre a proposta de regimento da EBSEH e do HU, destaca-se aqui que o GTH era vinculado à Direção do Hospital e era composto por no mínimo: 01 representante da gestão/administração; 01 representante de docentes da área da saúde; 01 representante de técnicos em educação vinculados aos serviços assistenciais; 01 representante dos técnicos em educação vinculados aos serviços de apoio; e 01 representante das chefias dos setores/serviços. Ou seja, não estava prevista a participação de usuários.

Identificou-se um cadastro de um total de 07 integrantes do GTH, do ano de 2010, sendo os setores envolvidos: Psicologia, Serviço Social, Clínica médica, SAME, Ouvidoria, Farmácia. Junto ao cadastro constava também a previsão anual das reuniões do GTH, com o horário definido, de duração de 1h30m. Consta ainda que em uma dessas reuniões foi debatido (ou se propôs debater) um documentário “SIKCO”. Além destes documentos foram encontradas cópias das atas dos anos de 2016 (11 atas) e 2017 (08 atas).

A partir destas informações percebe-se que desde 2001 há alguma preocupação com a inserção do tema da humanização dentro do HU/FURG, e mesmo se tornando política pública em 2003 é apenas no ano de 2006, através destes documentos oficiais como portaria e referenciais teóricos, que se vislumbra a implantação da PNH pela Gestão Universitária e Hospitalar. Na primeira ata registrada, do ano de 2015, buscou-se os antecedentes do grupo, onde foi possível identificar que apesar de não possuir registros em atas foi comentado que o grupo possuía um plano de trabalho e um diagnóstico situacional (fruto de uma dissertação de uma integrante anterior). Porém nenhum integrante tinha certeza de onde este material estava armazenado, o que caracteriza a fragilidade do grupo anterior. Também se entende que, assim como tem material armazenado com o Serviço Social, pode ser que existam outros materiais e registros espalhados pelos diversos setores do hospital que dispuseram a pensar a política, sendo os primeiros participantes “oficiais”. Observa-se, com isso, que antes da EBSEH não havia um único e exclusivo local para armazenamento dos registros do grupo. Com esses registros, mesmo que parciais, pode-se dizer que as ações pensadas pelo grupo não possuíam o viés de arrecadação de verbas, pois não há indícios sobre tais registros.

Os registros encontrados na Sala da Ouvidoria do hospital (documentos e livro ata) foram, no quesito Livro Ata: um livro em que se registra as movimentações financeiras do GTH com início no ano de 2016. Também consta extratos bancários dos recursos do GTH vinculados à conta bancária da FAHERG. Na secretaria da Direção do Hospital passou-se a armazenar as

atas do ano de 2018. De modo geral, no que concerne às atas impressas do grupo, identificaram-se apenas uma ata do ano de 2015, doze atas do ano de 2016 e onze de 2017. No ano de 2018 foram identificadas apenas cinco atas.

Conforme os registros nas atas e também no Livro encontrado na Sala da Ouvidoria, o GTH passou a arrecadar verbas para suas ações no ano de 2016. Também foi a partir do ano de 2016 que o grupo passou a construir um Plano de Trabalho a ser seguido. Observou-se através das atas das reuniões que o Plano de trabalho se estabelece nas duas primeiras reuniões de cada ano, porém em apenas uma foi construída uma tabela especificando problema; resultado a ser atingido; ações concretas; cronograma e responsáveis. Identificou-se nos registros das atas, no que se refere a arrecadação de verbas, que foram várias as iniciativas do grupo nos anos de 2016 e 2017 para angariar fundos para atender as solicitações, tais como brechós, show de prêmios (bingo), rifas. Porém identificou-se nas atas que eram sempre os mesmos (poucos) integrantes que se envolviam, ficando uma atividade desgastante, devido à logística, tempo necessário para se dedicar à organização destes eventos e a necessidade de conciliar as atividades do GTH com as demais atividades, sejam administrativas, assistenciais, e de gestão. Assim, em 2017 se estabeleceu que a fonte principal de arrecadação seria a realização de um brechó, duas vezes ao ano.

Também importa registrar que foi a partir da adesão a EBSEH, que as reuniões do grupo passaram a ser registradas em ata (se eram feitas antes, estes documentos não foram encontrados), bem como o grupo passou a ter uma pessoa em sua coordenação. Na primeira gestão HU/FURG/EBSEH essa atribuição ficou com a responsável pelo Setor de Projetos Estratégicos – vinculado à Gerência de Atenção à Saúde. E após a troca de gestão em 2018, passou a ficar sob coordenação da responsável pela Ouvidoria. Uma observação deve ser feita aqui, é que antes da adesão à EBSEH, o GTH era vinculado diretamente à Direção/Superintendência e, após, passou a ficar vinculado a um setor, dentro de outra Gerência, ou no caso atual, junto à Ouvidoria. Ou seja, no que pese o próprio documento da Diretriz EBSEH de humanização de 2018, 1ª edição, o GTH pode tanto se dirigir diretamente à Superintendência ou fazer parte da Unidade de Apoio Corporativo, estando previsto dentro do próprio organograma da instituição. Mas neste caso, desde a adesão da EBSEH no HU/FURG, o GTH não atende a sugestão de estrutura estando vinculada a outro setor/serviço/unidade, o que faz que o setor que abarca o GTH fique sobrecarregado, tendo em vista que as atribuições que dela se exigem não comporta sua divisão em outras estruturas que já possuem um número elevado de atribuições.

No quesito documentos foram encontrados diversos materiais, desde atas das reuniões e encontros, materiais didáticos, portarias, planos de trabalho e projetos. O material didático refere-se a um livro de papelão reciclado que versa sobre “ideias para bibliotecas livres”, do ano de 2016. Algumas portarias (de 2010, 2016, 2017 e 2018) alteram a composição do GTH. Evidencia-se nestas portarias o número crescente de participantes (7, 13, 16, 20 - respectivamente), bem como as mudanças na organização da gestão hospitalar: Diretor do Hospital; Superintendência do Hospital (2); Superintendência do Hospital e filial a EBSERH - respectivamente. Algumas observações devem ser feitas em relação às portarias e ao número crescente de integrantes ao grupo. O quadro a seguir demonstra o ano, o número de integrantes e o nº de participantes nas reuniões.

**Quadro 10 - Nº de participantes nas reuniões do GTH**

Ano	Nº Participantes portaria	Máximo de participantes em reunião	Mínimo de participantes em reunião
2015	07	07	Não registrado
2016	13	08 (em duas reuniões)	03 (em uma reunião)
2017	16	11 (em uma reunião)	04 (em duas reuniões)
2018	20	13 (em uma reunião)	05 (em uma reunião)

Quadro elaborado pela pesquisadora baseada nas informações das portarias dos anos de 2010, 2016, 2017, 2018 e registro dos participantes nas atas das reuniões.

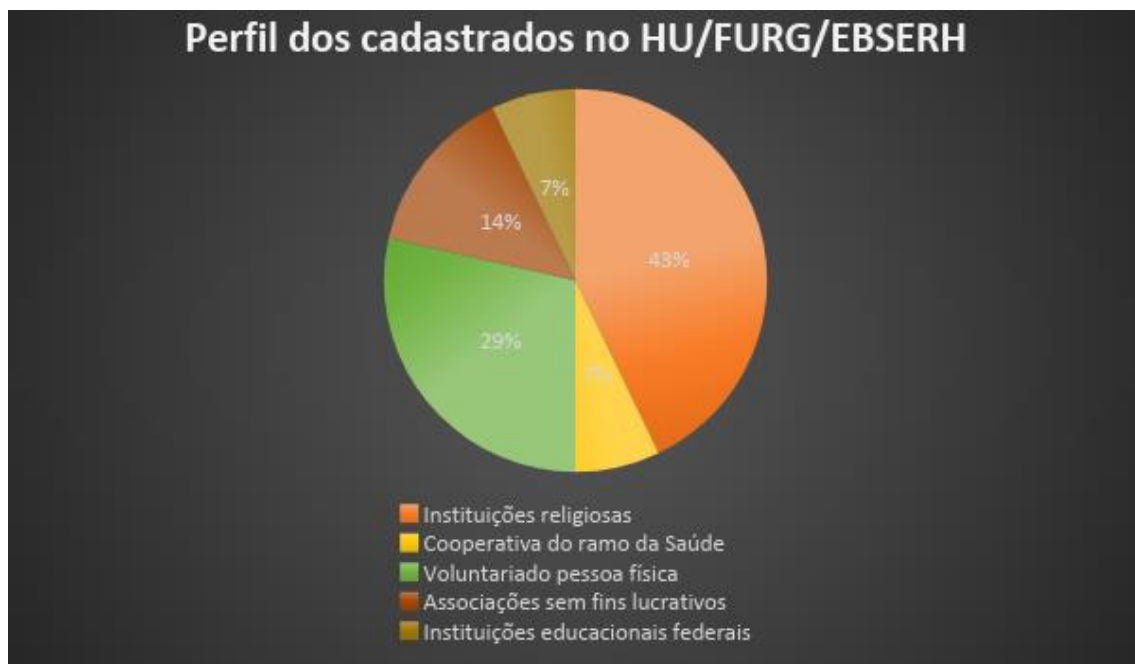
Uma observação deve ser feita a respeito do ano de 2018: foi o único ano em que a participação dos integrantes do grupo foi crescente. Por exemplo, a primeira reunião contou com 5 participantes, a segunda com 7 participantes, a terceira com 9 participantes, a quarta com 10 e a quinta e última registrada contou com 13. Porém consta nas atas, principalmente após a organização do brechó, um desconforto em relação a alguns integrantes do grupo referindo o baixo número de integrantes que participam das ações planejadas e organizadas pelo grupo, porém, infelizmente, não há registros do nº de integrantes que participam das ações organizadas pelo grupo para poder analisar e refletir a respeito.

Foram identificadas nas atas como ações permanentes do GTH, desde 2016, a realização de Brechós (duas vezes ao ano), uma confraternização anual para os trabalhadores, sendo que parte da confraternização é subsidiada pelos recursos do brechó; também são organizadas atividades alusivas ao dia das mães, dos pais, do trabalhador, das crianças e de natal. O grupo também ficou responsável pelo cadastramento de pessoas voluntárias sendo elas, físicas, jurídicas ou religiosas, sem fins lucrativos, etc, criando um formulário a ser preenchido e que

serão mostradas no GRÁFICO 6. Em detrimento dos trabalhadores e de unidades solicitarem ajuda financeira para seus projetos de humanização, de forma isolada e espontânea, o grupo criou e divulgou os “Projetos de ambiência”, nos anos de 2017 e 2018, sendo estes posteriormente abordados.

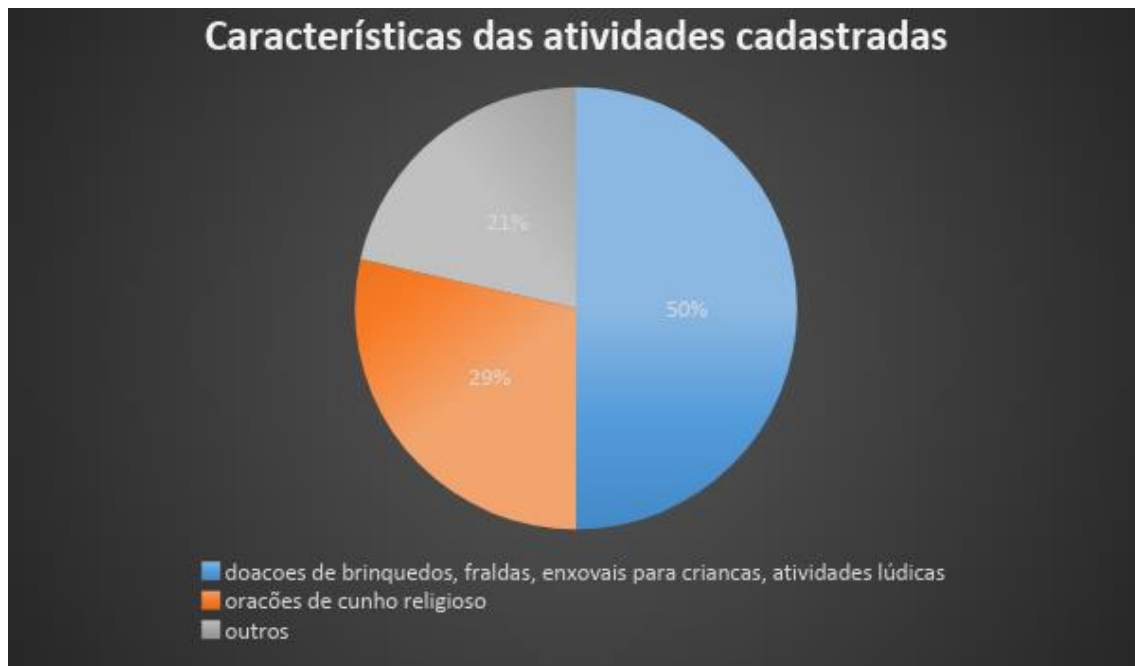
No formulário para cadastro de atividades voluntárias desenvolvidas no HU/FURG/EBSERH foram encontrados 14 grupos cadastrados<sup>33</sup>, alguns se propõem a realizar atividades pontuais, enquanto outros fazem de forma sistemática. Alguns grupos apresentaram seus projetos em formulários e documentos próprios. No GRÁFICO 5 é possível identificar o perfil dos cadastrados no HU/FURG/EBSERH, sendo a prevalência das instituições religiosas, seguido do voluntariado de pessoas físicas e de Associações sem fins lucrativos. No gráfico 6, organizamos por características das atividades voluntárias cadastradas no ano de 2017.

GRÁFICO 5 - Perfil dos cadastrados no HU/FURG/EBSERH



<sup>33</sup> Estes cadastros datam do ano de 2017. Não temos informação se novos grupos se cadastraram em 2018.

GRÁFICO 6 – Características das atividades cadastradas



Antes de prosseguir com a análise, algumas observações serão apontadas em relação a estes cadastros. No que pese o GRÁFICO 6, observa-se que as atividades voluntárias cadastradas, sejam elas frequentes ou pontuais, apontam que as doações materiais se destinam majoritariamente para o público infantil, sendo para o público adulto, em sua maioria, atividades de cunho religioso (orações e serenatas). Também se observou que este cadastramento realizado em 2017 foi fruto do Plano de trabalho construído coletivamente pelos integrantes do grupo a fim de regularizar e organizar as atividades voluntárias que geravam movimentações expressivas no ambiente hospitalar.

A discussão pontuada sobre os voluntários destaca que alguns estavam vinculados a GEP, mas que existia a necessidade de normatização (cuidados com registros/fotografias) para regular os acessos. A ideia inicial era que o voluntário fosse trazido nas reuniões do grupo para apresentar suas propostas. O formulário foi montado, contudo as normas e rotinas (CCIH) ainda não foram finalizadas (manual dos voluntários).

Também se registra que ao público adulto ocorriam doações esporádicas de fraldas, que eram ocasionalmente comunicadas ao grupo.

Alguns temas que chegaram a ser levantados, apresentados, mas não refletidos e levados adiante e que possuíam o potencial de atingir questões referentes a mudança na cultura, como, por exemplo, problemas apresentados em relação a situações de violência obstétrica. Foi levado em pauta, tendo um membro se disponibilizado a tratar da questão diretamente com o profissional, mas nenhuma ação permanente ou educativa teve andamento, mesmo com um



membro do grupo insistindo na discussão. Outra questão foi a avaliação da necessidade de inclusão de usuários ao GTH (se pensou nas Amigas do HU para ocupar este espaço). Observa-se que a inclusão de um usuário ao grupo se pensou a partir de convites e indicações, uma prática na cultura, não só hospitalar, que é alvo de mudança da cultura da PNH. Contudo foi citado apenas uma vez e não se deu seguimento.

Outra atividade programada que se destaca foi a necessidade de organizar atividades lúdicas para pacientes adultos, um público interpretado aqui como secundário nas ações de cunho estritamente voluntário como visto nos GRÁFICOS 5 e 6. Duas alternativas foram propostas pelo grupo: 1) um voluntário já conhecido da instituição que é um “contador de histórias” viria uma vez por semana na unidade atender as crianças para contação de histórias e passaria a atender os adultos, mas ao ser convidado achou que seria complicado e não quis atender o público adulto; 2) uma biblioteca itinerante<sup>34</sup>, com a construção de uma proposta extensionista vinculada ao setor em que o GTH está vinculado, para auxiliar o setor. Contudo o grupo contou com uma bolsista uma única vez, tendo dificuldade de seguir com estas atividades.

Outra questão pensada pelo grupo que teria o alcance de pensar a mudança de cultura institucional foi a ideia de o grupo organizar as capacitações, inicialmente, para o pessoal atuante nas portarias sobre relações e acolhimento, porém esta ideia não foi levada adiante.

Também foi pensado, levando em conta a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras do hospital, incentivar a locomoção para o trabalho por meio de bicicleta, o que seria de fato uma atividade que se propõe a mudar a cultura local. Contudo, na ocasião da proposta não se teve apoio da instituição na promoção de um espaço previsto para armazenamento seguro de bicicletas para funcionários, o que inviabilizou uma promoção de mudança de cultura.

Em relação aos “Projetos de Ambiência” anteriormente relatados, em 2017 integrantes dos grupos passaram a questionar o porquê, de algumas unidades serem contempladas com recursos e outras não, levantando questionamentos sobre priorizar uma unidade sobre outra, sem critérios. O grupo estabeleceu que o dinheiro arrecadado das verbas do brechó deveria ser distribuído a partir de um critério mais democrático e justo possível, sendo eleito como tema do ano de 2017 a ambiência, previsto na PNH. Assim, todos os trabalhadores poderiam enviar projetos com suas necessidades que estivessem de acordo com a diretriz AMBIÊNCIA, e o

---

<sup>34</sup> Encontrou-se na pasta sobre a PNH um livro de papelão reciclado que versa sobre “ideias para bibliotecas livres”, que subsidiou o grupo.

GTH seria responsável pela avaliação do que era viável atender, considerando orientações da apreciação tanto da superintendência como de outros setores implicados nos projetos entregues.

Embora tivesse quem questionasse a participação dos trabalhadores “alegando que para eles era mais fácil reclamar do que propor”, a iniciativa teve muita adesão dos trabalhadores. Foi possível identificar um total de 19 projetos enviados de diversos setores que aderiram à iniciativa do GTH. Conforme material de divulgação do site oficial do HU/FURG/EBSERH em 2017, com o título de “GTH divulga resultado dos projetos de Ambiência” apresenta-se o título dos projetos construídos pelos trabalhadores, nos Quadros 11; 12; 13; 14; 15.

#### Quadro 11 – Propostas aprovadas e executadas em sua integralidade

1. Sede Zero, do SOST;
2. Sala de espera do consultório itinerante oftalmológico, da Gestão de Projetos Estratégicos em Saúde;
3. Reforma das poltronas dos acompanhantes da maternidade, da Gestão Ambiental;
4. Salas de estar na frente do setor de Gestão Ambiental e na frente da sala de distribuição de EPI, do Ambulatório Central;
5. Humanização do parto e nascimento, do Centro Obstétrico;
6. Armário solidário do HU, do Serviço Social e Lavanderia.

#### QUADRO 12- Propostas contempladas parcialmente

1. Acolhimento do usuário no Serviço Social, do Serviço Social;
2. Manutenção Segura, da Manutenção e SOST;
3. Brinquedoteca da UTI Pediátrica;
4. Adequação de espaço e recursos para o setor de Fonoaudiologia do HU, do Setor de Fonoaudiologia

#### QUADRO 13 – Propostas aprovadas e que estão sendo analisadas pela Divisão de Infraestrutura para estudo de viabilidade:

1. Segurança do paciente através da organização do processo de trabalho da Equipe de Enfermagem, da Maternidade;
2. Revitalização da área de convivência da Portaria Central, da Portaria.

#### QUADRO 14 – Propostas aprovadas que aguardam projeto por parte da Engenharia para confecção de móveis:

1. Serviço de Estomaterapia: ambiência como qualificadora da assistência prestada, do Serviço Social e Serviço de Enfermagem;
2. Renovação do refeitório do HU, do Serviço de Nutrição e Dietética.

QUADRO 15 – Propostas não aprovadas no momento:

- 1.Sala de descanso de familiares da UTI Pediátrica;
- 2.Lençóis térmicos para ambulatório de ginecologia, do Ambulatório Central;
3. Os caminhos do Hospital, do Setor de Infraestrutura;
- 4.Acolhimento do familiar de UTI, do Serviço Social;
- 5.Reforma e Manutenção, do CAMMI.

Em 2018 o projeto de ambiência foi novamente lançado em forma de formulário online que ficaria à disposição dos setores para solicitação de apoio junto ao grupo, contudo apenas três setores enviaram projetos, retornando solicitações pontuais, espontâneas e “emergenciais”.

O “projeto de ambiência”, tomando como parâmetro o ano de 2017 que foi o ano de seu lançamento, proporcionou um movimento coletivo de mudança de cultura, sugerindo a participação e envolvimento dos trabalhadores, proporcionando uma valorização do trabalhador, embora algumas dificuldades e entraves permanecessem para execução deste projeto.

O GTH seguiu se reunindo apesar da última ata de 2018 constar o mês de agosto, pois foi aplicado o grupo focal com os participantes presentes na data sugerida pelo próprio grupo no mês de setembro. Após, sabe-se, por esta pesquisadora ser integrante do grupo, aconteceram outras reuniões, contudo com objetivo maior de organizar o brechó e o jantar de confraternização.

De forma geral identifica-se que as ações do grupo ocorrem de forma transparente, pois as ações como retornos, esclarecimentos, e destinação dos recursos do brechó são registrados nas atas, bem como divulgadas no site oficial do HU/FURG/EBSERH.

Alguns dados foram apresentados de forma mais descritiva do que analítica. Contudo, algumas reflexões para análise foram reservadas para após apresentar os dados das entrevistas semiestruturadas, tanto com gestores, como com os trabalhadores/as, familiares e integrantes do GTH.

### **5.3.3 Gestores e a questão da PNH**

Dentro da categoria de gestores já previamente apresentado no início deste capítulo, o roteiro de entrevista foi dividido em quatro categorias que dizem respeito às diretrizes da PNH, assim selecionados: 1. Diretriz CoGestão; 2. Diretriz Ambiência; 3. Diretriz Clínica Ampliada e Compartilhada; 4. Diretriz valorização do trabalhador. A entrevista foi iniciada com algumas

perguntas referentes à mudança de cultura e como o entrevistado pensa a EBSEH em relação a essa mudança. Em relação ao tempo das entrevistas, em média duraram de 30 minutos a mínima e 48 minutos a máxima, extrapolando o tempo previsto. Conforme já exposto, a identificação destes será “G1”, “G2” e “G3”.

Iniciamos a entrevista com os gestores com a seguinte pergunta: Qual cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho você entende que ela se propõe a mudar? As respostas dos gestores foram variadas, trazendo elementos importantes para o debate. Vejamos um recorte da fala apresentada por um dos respondentes:

Eu acho que ela se propõe a mudar em relação à política de atendimento e de acolhimento do paciente na rede de saúde [...] E dentro da instituição como que a gente encara o paciente. O paciente não é somente uma doença, não é somente um tratamento, existe toda a visão social. Acho que essa é a minha visão do que a PNH altera (G3).

Este gestor foi um dos que mais se aproximou da proposta da PNH, da reforma sanitária e do SUS tendo em vista que é necessário “superar o entendimento de saúde como ausência de doenças (cultura sanitária biomédica), para a ampliação e o fortalecimento da concepção de saúde como produção social, e econômica e cultural” (BRASIL, 2008, p. 15).

A próxima fala remete a concepção de humanização baseada na concepção ainda da humanização enquanto programa e não política na sua dimensão de qualidade dos serviços e do comportamento “queixa-conduta”, embora também traga elementos da mudança no perfil de usuários, seja pela consciência de seus direitos, ou devido o acesso do SUS ser universal e acolher usuários em condições de exercer sua cidadania. Vejamos:

Então, a PNH proposta pelo SUS vem trabalhando a cada dia com a proposta de melhorar a assistência que é prestada a este usuário, o usuário hoje a cada dia vem buscando por esta assistência de qualidade, antigamente a gente não tinha essa cobrança pelo usuário [...] mas é importante a gente ter esse parâmetro deles porque a gente qualifica os nossos processos de trabalho e nossos fluxos de trabalho[...] (G1).

A fala a seguir mostra a tendência para uma verticalização do processo de implementação da PNH, a necessidade do gestor se instrumentalizar para pensar em “passar a diretriz” aos profissionais que estão na ponta. Essa ideia, obviamente não vai ao encontro da proposta de horizontalização da PNH, tendo em vista que esta acusa “a presença de modelos de gestão centralizados e verticais” como forma de “desapropriar o trabalhador de seu próprio processo de trabalho” (BRASIL, 2008, p. 8). Vejamos:

Eu como servidor, até poucos meses atrás, não recebi assim ... lá na ponta como médico<sup>35</sup> nenhuma orientação formal ou nenhuma preparação, [...] nenhuma orientação de que o hospital esteja fazendo parte, que as diretrizes são essas,[...] a gente vê que mudaram, tentar melhorar o acolhimento... tem as questões estruturais que o hospital tem grande dificuldade[...] para quem está lá na ponta eles não estão clarificados e eu acho que isso para ser implementado [...] a gestão tem que absorver isso, em todos os níveis, e depois ir passando, talvez com uma capacitação, alguma coisa assim. [...] então tem coisas que são feitas já, vamos dizer fora da organização, da diretriz ou de uma orientação da gestão do hospital, mas eu acho que isso tem que ser um pouquinho mais organizado, assim como uma linha de cima pra baixo né (G2).

Esta fala também considera que é importante a gestão do hospital se apropriar do que significa a política e os caminhos para sua condução, principalmente em como inserir os/as trabalhadores/as e usuários/as como participantes e construtores dessa política que se faz em conjunto. É importante lembrar que uma política que existe há 16 anos, que reinsere conceitos do SUS, é reconhecida como uma política recente como afirma este último entrevistado G2 “o termo política de humanização é uma coisa mais recente, se comenta isso, se fala, se tangencia um pouco nos cursos de graduação da saúde, com outros nomes, não especificamente como uma diretriz, assim, do ministério da saúde e tal”. Revela uma questão bem importante sobre a apreensão da política: a polissemia da humanização, e esta, apesar de ser apresentada como política há 16 anos, tem que se considerar que o termo em si “humanização” possui uma história e contexto próprio na área da saúde, como aponta Deslandes (2006) ao revisar as contribuições da sociologia médica, discutidos previamente no Capítulo 3 que versa sobre a PNH.

É também um ponto interessante a ser refletido o porquê do seu reconhecimento e valorização enquanto política associada à EBSERH, que lança seu próprio documento: “Diretriz EBSERH de humanização”, de 2018, fazendo um recorte das instruções da PNH em uma cartilha própria, enquanto há várias cartilhas desde 2004 circulando pelos sites oficiais do Ministério da Saúde.

Ao mesmo tempo de forma geral pode-se observar a partir das respostas da questão: “O que você pensa da adesão a EBSERH em relação à mudança de cultura da atenção dos usuários? E da gestão dos processos de trabalho?”, os gestores acreditam que a EBSERH vem apenas a qualificar o processo e não mudar uma cultura.

---

<sup>35</sup> Optou-se por não revelar a profissão do gestor a fim de garantir o sigilo e privacidade apontada nos aspectos éticos.

[...] a EBSEERH não veio mudar uma cultura já existente. A EBSEERH chegou para agregar, juntamente com os vínculos que já estão dentro do Hospital universitário (G1).

A EBSEERH [...] ela organizou melhor isso, enquanto rede né, então ela se propõe a atender só os usuários do SUS, e ela incorporou essa política. [...] e a PNH, é tratada, a gente vê assim, tem uma linha dentro da EBSEERH (G2).

Ela não tá fazendo nada de diferente do que em algum momento vai acontecer, a rede de saúde vai ter que se adaptar a essa política. Então eu acho que a EBSEERH fazendo isso, ela só aceita as mudanças e vai se adequar a elas (G3).

Contudo, um dos entrevistados ao desenrolar e exemplificar sua fala conseguiu exprimir onde ocorre a mudança de cultura, conforme discutido no Capítulo 2, em que pese a lógica privatista da EBSEERH na tentativa de se obter lucro em um hospital que atende exclusivamente via SUS.

Seja público ou não, isso aqui é um negócio, a gente vende um serviço. [...] o modelo de gestão da EBSEERH, ele desengessa um pouco o modelo de gestão totalmente público né, que é via universidade. Então para te ter uma ideia, se tu vai comprar alguma coisa, na rede EBSEERH tu compra em escala para 40 hospitais, por exemplo, então tu vai comprar uma gaze, então ao invés de comprar uma gaze só para o HU, que teria um preço, tu multiplica isso por 40X, tu compra para todos os hospitais e tu tem um preço lá embaixo (G2).

Aqui faço uma observação importante, independentemente de ser público ou não, de ser responsabilidade do Estado ou não, de prever lucro ou não, os serviços de saúde prestados pelas Universidades estão inseridos e condicionados ao modo de produção capitalista, então a fala do entrevistado é legítima quando faz referência ao gerenciamento de recursos pela Empresa – as quais têm as mesmas fontes de recursos no caso no gerenciamento via universidade – enquanto rede, possibilitando um manejo mais eficiente dos recursos do que na época em que era gerido pela Universidade. Mas a questão que vai fragilizar a EBSEERH, como fragilizou a gestão pela universidade, é o subfinanciamento da saúde e, mais atualmente, a PEC do teto dos gastos que promoverá o desmonte do SUS, como previamente já discutido.

Segue-se para apresentação dos dados em relação a diretriz da cogestão previamente apresentada no Capítulo 3, sendo que durante a entrevista foi apresentado a seguinte citação para auxiliar no desenvolvimento das respostas.

A PNH destaca dois grupos de dispositivos de cogestão (diretriz): aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e

aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde.

Assim, podemos afirmar que os entrevistados identificaram algumas instâncias institucionais como previsto na Cartilha da PNH que versa sobre a Participação e Cogestão, bem como outras não apontadas. Todos destacaram o espaço da reunião pública da governança, a ouvidoria e os conselhos municipais de saúde como um espaço em que se realiza a cogestão. A reunião pública foi avaliada por dois entrevistados como “deficiente” e “incipiente”. “Qualquer pessoa da comunidade pode pautar um assunto, uma sugestão, uma reclamação, a participação é muito pequena, desde que estou aqui não teve nenhuma, não veio ninguém de fora do ambiente hospitalar” (G2). Outros espaços foram sendo apontados pelos entrevistados. Por exemplo, o G1 acrescentou o Apice On e o Grupo de Gestantes; o G3 acrescentou a gerência de porta aberta, os assistentes sociais e até mesmo a Defensoria Pública. De certa forma todos conseguiram a partir das respostas formais verbalizar o que seria a cogestão, contudo cada um deles trouxe aspectos que merecem destaque e pontos para reflexão.

Inicialmente um dos entrevistados colocou a cogestão como um processo de queixa-conduta, da procura por resolução dos problemas de forma espontânea: “[...] assistentes social, ouvidoria [...], indiretamente esses setores vão envolver trabalhadores e gestores, porque as demandas chegam até a nós e as adaptações são feitas” [...] “O usuário hoje entra aqui e se vai pedir para falar conosco ele vai falar conosco e muita coisa a gente resolve” (G3). Posteriormente, analisando a necessidade e importância de se ter espaços de cogestão, este mesmo entrevistado acrescenta:

[...] a gente vai precisar da comunidade [...] eu acho que o usuário ou o representante deles tem que estar inseridos para a gente abordar as mudanças e as políticas que o hospital vai tomar, pra ter aceitação da comunidade... se não vai ser o hospital, tomando a conduta e dizendo “ó é assim” e todo mundo reclamando, e se tu inserir o usuário e o representante deles, tu vai formar, discutir e ai construir uma rotina melhor (G3).

Não fica claro se a colocação da participação da comunidade é com viés de construção coletiva entre usuários, trabalhadores e gestores. Outro entrevistado pontuou as tentativas de se nomear responsáveis ou chefias nas unidades para propiciar espaços de cogestão, mas revelou a dificuldade de comprometimento dos trabalhadores em assumir responsabilidades.

[...] nem todo mundo aceita esse desafio, assim, de ajudar na gestão, quase todos nós sabemos aqui o que não funciona bem no hospital, onde é que está o problema, qual é a deficiência e a pessoa que entra aqui sabe [...] mas nem

todo mundo quer participar pra ajudar a resolver, porque desacomoda, dá trabalho, então a cogestão é isso. Eu acho que é uma gestão partilhada (G2).

Importante registrar que a cartilha coloca o dispositivo do Grupo de trabalho de humanização como espaço coletivo de gestão que possibilitam acordos e pactos entre usuários, trabalhadores e gestores. Contudo nenhum gestor identificou o GTH como processo de gestão participativa e cogestão. A fala de um entrevistado deve ser registrada aqui, pois evidencia como a gestão vê este grupo que existe no hospital universitário desde – conforme os registros encontrados - 2006. “Tem um grupo aqui de humanização, mas é um trabalho assim, diferente né, praticamente um grupo de voluntários, não está dentro de um processo de gestão[...]” (G2). A questão referente ao GTH será posteriormente analisada.

O que faz com que esses trabalhadores não queiram assumir tamanha responsabilidade? A alienação ou o estranhamento do sentido do trabalho foi tão coisificado que os trabalhadores e usuários não vislumbram ocupar estes outros espaços coletivos? Como incitar uma mudança neste sentido? Será que realmente não querem participar ou estão habituados neste sistema capitalista a ter sua participação cooptada como suposta legitimação de ordens institucionais? E se a gestão está realmente se propondo a uma mudança, como saber? Ou seria, ao contrário, uma forma de resistir à ideologia neoliberal, se pensar a negação dos trabalhadores a fim de evitar exploração via mais valia relativa. Não tenho resposta a todas essas questões, como foi dito, são pontos de reflexão.

A próxima diretriz discutida foi a da Ambiência, também brevemente problematizada no Capítulo 3, de certa forma dois entrevistados relataram a criação de uma comissão para discutir o espaço arquitetônico do hospital e que inicialmente iriam fazer parte dessa comissão “arquiteto, engenheiro, pessoal da infraestrutura” (G2). Ao questionar a participação dos trabalhadores, um entrevistado relata que a ideia é agregar profissionais de diversos setores, pois isoladamente acabam vendo apenas a sua própria situação sem entender a demanda do outro, do todo e “de forma horizontal” (G1). Outro já aponta a criação de uma brinquedoteca que contempla as necessidades dos usuários, mas refere não saber se existe a participação dos usuários nessa demanda. Refere ainda que “o grande problema é que nosso hospital é pequeno e não tem pra onde crescer. Os espaços são restritos, a gente tenta otimizar o máximo possível, a gente sempre tentar ouvir, mas nem sempre a gente contempla” (G3).

Outra diretriz discutida foi a Clínica Ampliada e Compartilhada, também brevemente discutida no CAPÍTULO 3, o que foi observado é que, por este termo os gestores relataram nunca terem ouvido falar ou saber explicar o que seria. Após uma citação da diretriz que consta



na PNH ter sido fornecida pela pesquisadora é que foi possível que os gestores desenvolvessem o assunto. Segue a citação e posteriormente as reflexões:

A PNH diz que a clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia (BRASIL, 2015 p.10).

Eu observo que a gente precisa avançar muito nesta discussão [...] a gente tem ainda essas fragmentações de determinados serviços trabalharem de forma isolada.[...] observo que ainda tem algumas resistências por parte de alguns profissionais, “eu vou até aqui, agora é com psicólogo”, mas eu também não converso com psicólogo, eu não converso com o médico[...] as pessoas estão ali e não conversam entre si, entre profissionais. [...] A gente precisa investir muito em clínica ampliada[...] Eu faço parte do processo, eu posso até fazer parte de um processo de clínica ampliada, mas não sei o que é uma clínica ampliada. A gente tem um monte de profissionais que não tem conhecimento (G1).

Dois entrevistados afirmaram não ter ouvido falar em clínica ampliada e compartilhada e inicialmente nem souberam explicar o que seria. Já um dos entrevistados não disse nem que sim nem que não, apenas solicitou mais informações sobre esta diretriz.

Olha, eu acho isso bom, é difícil de implementar, e tem peculiaridades, em que tem que ficar claro assim, desde que cada um conheça o seu papel, esse é o primeiro passo e a gente atua bem, o conjunto disso é que não, isso é que tem que mudar. [...] não tem mais só no hospital médico e enfermagem. [...] mudar essa cultura que o paciente só precisa de médico e enfermeiro é difícil entre eles. Há um certa resistência cultural né. Claro que é um hospital terciário, a gente atende pacientes aqui com casos complexos em algumas áreas então é altamente especializado.[...] mas mesmo nesse específico outros podem começar a contribuir né[...] eu acho que isso é um caminho que tem que ser construído. As pessoas meio que se apropriam um pouco do seu fazer, do seu espaço, e mudar algumas culturas é diferente (G2).

[...] um aluno que não consegue falar, sentar com um paciente, com certeza ele vai ver esse paciente não como um paciente, ele vai ver como uma ..., ele precisa fazer um diagnóstico de uma doença, aplicar um tratamento e ponto. Ele não vai ver que o paciente tem um problema social, que não vai completar esse tratamento se sair daqui. [...] eu acredito que hoje a gente tem uma formação muito direcionada ao diagnóstico, ao exame, em que tudo são barreiras para tu ter contato com o paciente. [...] tu vê se ele fez febre, como é que está a oximetria, qual é o resultado da tomografia, o que deu na endoscopia e o resultado do antibiótico. [...] Então, a gente está falando sobre humanização, eu sei que eu to usando o conceito é mais abrangente, mas a palavra humanização, quando é que a medicina deixou de ser humana? E realmente a medicina deixou de ser humana, então tu precisa ter políticas para tu ensinar novamente, o pessoal a enxergar o usuário, o paciente, enfim, como

tu quis dizer, como um todo, um cuidado, o cuidado não é só o antibiótico que tu vai dar, então a resposta, se o pessoal consegue, o pessoal não consegue (G3).

A gente teria que talvez fazer alguma capacitação nesse sentido, de atuação mais forte nesta diretriz [...] tem uma política, uma diretriz específica, uma linha dentro, que está iniciando e que tem um grupo de humanização aqui e a ideia é que isso possa ser difundida através dele né. A política de humanização, surge assim como política, como cartilha, como diretriz, não tem um trabalho específico, vamos fazer aqui uma reunião e talvez isso, essa PNH do SUS e da EBSEH, elas vão trabalhar juntas (G2).

Dois entrevistados apresentam formas de conduzir uma clínica ampliada, um traz o método Kanban e outro traz o estabelecimento de protocolos institucionais. Vejamos:

É discutida a formação de protocolos institucionais no hospital: “como se faz um tratamento de tal patologia”, quem chega e que segue aquele modelo assistencial [...] a indicação da cesárea não é a vontade do médico, nem a vontade da avó ou do pai e da mãe da criança, não, a diretriz é a do SUS, a política de indicar é a do ministério da saúde, tem índice para atender que estabelece a humanização do atendimento ao parto (G2).

A gente está implementando o KANBAM, que é uma ferramenta que vai diagnosticar a permanência desse paciente dentro da unidade hospitalar, um paciente que vem fazer um tratamento de uma infecção urinária que é pra passar quatro dias, a gente se depara com paciente que fica 10, 15 dias. O porque esse paciente não fez o tratamento dele em quatro dias, o que aconteceu? Será que ele teve piora do quadro clínico? Ou foi solicitado um exame e não foi dado segmento? A gente tem solicitações de exames repetitivos para o mesmo paciente! (G1).

Tudo é um pouco difícil, mesmo sendo EBSEH (risos). Porque tudo demanda recursos né, e aí tem a questão conjuntural da saúde do País [...] todos os recursos estão lá embaixo, tudo que viria de orçamento extra, não vem [...] também é um impedimento para melhorar essa gestão (G2).

Alguns pontos devem ser considerados aqui. Percebe-se que a prioridade da gestão é de implementar tanto o método kanban e protocolos institucionais, em detrimento da clínica ampliada. A principal diferença deles é de que um prioriza a produtividade a partir da mais valia relativa – vinculados à ideologia neoliberal, com enfoque biomédico, da patologia, e o outro busca equilibrar e articular os três enfoque/abordagens de saúde que envolvem o processo de saúde/doença (biomédico, social e psicológico). É claro que, como diz a sociologia médica, a partir do pensamento de Howard de 1975 citado por Deslandes (2006, p. 42), “o fato de que um atendimento padronizado não é, necessariamente, sinônimo de desumanização, assim como um tratamento diferenciado também não significa um cuidado humanizado”. Isso porque

acredita-se aqui que um tratamento padronizado por protocolos também pode evitar o tratamento desigual e desumanizado em detrimento de racismo, discriminação e preconceito, porém corre-se o risco de continuar focando a assistência em uma única abordagem, que é a biomédica, a qual a reforma sanitária busca superar e não ter a mesma resolutividade em detrimento das singularidades dos sujeitos.

### **5.3.4 GTH e o entendimento sobre Humanização**

Para descrição e análise dos dados foi levado em conta a interação do grupo, nesse sentido, ao questionar sobre o que o grupo entende ou sobre o propósito do GTH do HU, foi consenso a existência de uma confusão entre o que seriam objetivos do grupo e os objetivos da própria PNH, o que cabe ao grupo realizar e se envolver. Apesar do sentimento de confusão do grupo, foi possível identificar as suas potencialidades e limites de ação.

Algumas categorias foram construídas pensando em uma melhor forma de analisar e refletir os resultados obtidos através do Grupo Focal.

#### **5.3.4.1 Categoria Voluntariado**

Essa categoria foi identificada após a transcrição, havendo alguns consensos e alguns dissensos. Esta categoria se apresentou de duas formas: a primeira enquanto constituição dos integrantes do Grupo de Trabalho de Humanização e enquanto as responsabilidades e atividades desenvolvidas pelo grupo.

Foi consenso dos integrantes do GTH presentes no Grupo Focal de que a formação dos integrantes se deu de forma voluntária e espontânea, alguns foram incluídos a partir do seu envolvimento –voluntário- referente às necessidades advindas da organização do Brechó, principal fonte de recursos financeiros do grupo. Também há consenso de que os integrantes do Grupo são da área das humanas e o grupo não representa todos os setores do hospital, o que dificulta a viabilização de algumas iniciativas. Também referem que, apesar das reuniões ocorrerem em seus horários de trabalho, para participar, um dos setores, como a Ouvidoria, precisa ficar fechada. Destacaram, também, que a organização das atividades pelos integrantes, tais como os brechós e o jantar de confraternização, ocorrem fora do horário de expediente, não são consideradas como horas trabalhadas. Essa situação, segundo o grupo, implica no quesito seriedade, porque o GTH tido como voluntário fica à mercê da boa vontade dos próprios integrantes. Importante que este breve resumo está presente ao longo de todo diálogo do grupo

focal, e apareceu em quase todas as questões levantadas ao grupo. Algumas falas que subsidiam esta afirmação:

Hoje, o nosso grupo de trabalho de humanização é um grupo de voluntários, não que não devesse ser, mas tu podes ver que nem todos os segmentos e profissionais que atuam nessa instituição eles estão aqui representados hoje, é mais o pessoal voltado para as humanas[...] tu não vê aqui o farmacêutico, um médico ou um dentista! [...].

Acho que todos nós entramos de forma espontânea aqui. O trabalho do brechó permitiu isso. Todo o trabalho de humanização, desde os primórdios, é considerado como um trabalho voluntário. Nós nos reunimos voluntariamente, por isso procuramos fazer dentro do horário de trabalho de cada um, porque não existe uma compensação de horas e esta não é uma atividade formal – no regimento geral tinha isso escrito, agora não sei.

Várias vezes a gente veio trabalhar pelo brechó, um ou dois sábados, trabalhamos e ninguém fez compensação.

A partir destas falas, insere-se no debate alguns dissensos, pois ser voluntário no sentido de se juntar ao grupo é diferente de não assumir os compromissos advindos do grupo como parte de seu trabalho institucional. Apontam os riscos inerentes a acidentes de trabalho dos quais estão expostos dentro do ambiente hospitalar e também a colocar as atividades desenvolvidas pelo grupo como secundárias as outras atividades inerentes a sua profissão ou cargo institucional. Vejamos algumas falas neste sentido:

Acredito que se o trabalho é tido como voluntário é assim que deve acontecer.

Eu já acho, em alguns momentos isso um pouco complicado. Por exemplo, quando você vai acompanhar uma serenata de natal, você vai passar em todas as unidades, você está dentro do hospital, você não está livre de sofrer um acidente de trabalho. Nesse sentido eu tenho certa preocupação.

Eu acho também que tem a ver com a seriedade do grupo. Acho que quando é um trabalho voluntário a gente pensa que faz se der tempo, agora, se é dentro da minha atividade profissional se é compromisso que eu assumo, precisa ser visto de outra forma, e isso pode ser revisto.

A política de humanização é obrigatória! [...] Ela tem regras, rotinas, diretrizes e dispositivos. Então ela é tão séria que tem tudo isso! Está tudo escrito mas....as pessoas que participam são voluntárias. Tudo é voluntário! Então não conta em meu horário de trabalho, então, parece que estou prestando um serviço obrigatório, mas ao mesmo tempo, estou prestando é um “favor”. [...] Essa questão do voluntário, “faz se der”, eu não acho isso legal! Acho que precisa ser algo formalmente instituído e todos nós temos que estar formalmente ligados. [...] Acredito que o termo “voluntário” está muito mal-empregado aqui, neste momento.

Algumas observações devem ser registradas: A primeira é que o grupo é formalmente instituído, assim como seus integrantes. Consta na portaria (nº 108/2018) de 08 de janeiro de 2018, bem como houve a tentativa da inserção da participação de uma secretária para registros das atas, assim como há em outras comissões institucionais. Porém esta participou apenas de uma reunião. Isso por si só já deveria legitimar a formalização e seriedade do grupo. Coaduna-se com a fala da integrante que aponta que o termo voluntário está mal-empregado. A questão do voluntário na formação e constituição de um GTH refere-se a não obrigar um profissional de saúde a conduzir uma política da qual não tenha afinidade ou interesse, mesmo que a implementação ou efetividade da PNH seja responsabilidade de todos/as. Além disso, no Regimento Interno do Grupo de Trabalho de Humanização – GTH do Hospital Universitário, instituído pela deliberação nº 008/2006<sup>36</sup>, a qual a pesquisadora teve acesso, em nenhum momento cita o termo ‘voluntário’, ou seja, nem para sua constituição enquanto grupo, nem quanto às ações desenvolvidas pelo grupo.

Percebemos que no cotidiano da implementação das ações de humanização o voluntariado prevalece sobre o conhecimento técnico da política, reforçando assim, a discussão sobre a categoria voluntariado tendo em vista que essa confusão também se materializa para um dos gestores como pode ser visto na fala do item 4.3.3. Portanto, essa categoria ‘voluntário’ necessita ser refletida entre trabalhadores e gestores, para desmistificar e clarificar o papel do grupo em uma instituição, bem como da política.

#### **5.3.4.2 Categoria Composição do GTH**

Essa categoria se formou em virtude de ser apontada na cartilha a participação dos usuários, gestores e trabalhadores na constituição de GTH, bem como nas discussões geradas a partir deste apontamento. Inicialmente os integrantes do grupo não se reconheceram também como usuários, mesmo os integrantes presentes não tendo nenhum tipo de plano de saúde. Também reconheceram outros usuários, como profissional aposentado, integrante do grupo e membros da sociedade civil, como as “Amigas do HU”. O assunto de usuários de outras condições socioeconômicas, não profissionais de saúde ou com diferenças entre a equipe, gerou um pouco de desconforto. Há quem defendesse sua participação e há quem visse a inserção de usuários de forma negativa. Um ponto em comum é que para pensar na inserção de usuários na composição do grupo deve-se primeiro organizar melhor os objetivos e atribuições do GTH,

---

<sup>36</sup> Desconheço se existe outro Regimento Interno.

bem como pensar como se daria a escolha deste usuário. Uma contradição identificada foi que existem membros do grupo que estão em cargos da gestão, mas o grupo constantemente não enxerga desta forma. Vejamos algumas falas:

Todos já tiveram a oportunidade de participar do Conselho Municipal de Saúde? [...] vocês não tem noção do que são os representantes das comunidades[...] são pessoas despreparadas, desqualificadas, não são todas, tem alguns qualificado.

[...] isso é muito legal, deveria acontecer, mas na prática é diferente, acho muito complicado.

Eu venho da saúde mental [...] e a experiência é muito boa [...] Talvez a gente não possa esperar desse usuário um saber que seja técnico porque ele não está aí para isso, mas ele tem um saber da vivência, e talvez a gente tenha que ampliar o que a gente espera escutar e como trabalhar nesse sentido [...] Quando nós estamos na assistência, por exemplo, escutamos muitas coisas dos usuários e que seria muito simples de resolver, que não precisaria de um grande investimento financeiro.

Digo mais... nós temos uma grande dificuldade em saber a opinião do outro a respeito do nosso trabalho, para nós soa como uma invasão.

[...] Tem a questão da escolha. Em algum momento nós precisamos divulgar isso e fazer de uma forma mais democrática porque não é chamar um para dizer que tem. Se for para abrir espaço, não é só pra dizer que tem representante.

A introdução do potencial contributivo dos usuários em um processo de construção ainda é uma dificuldade, talvez até um tabu que necessita ser mais aprofundado, em todas as instâncias. A “desestabilização das fronteiras de saberes”, pensando o princípio de transversalidade proposto pela política aplicada junto ao “senso comum” dos usuários ainda é uma dificuldade ou barreira. Mesmo sabendo de todos os problemas que emergem na instituição, expor estes problemas a um grupo de usuários, soa como fragilidade, causa medo e insegurança aos integrantes, e como disse um integrante, “soa como uma invasão”. Se pensarmos a questão dos usuários em relação aos trabalhadores, também podemos pensar que esses “sentimentos” e percepções soam da mesma forma quando trabalhadores passam a pensar os processos de trabalho de outros trabalhadores, de setores diferentes, e assim sucessivamente.

Por isso a participação social e a cogestão ainda sofrem para se materializarem na prática. A ausência dos usuários foi percebida nas reuniões públicas de governança pelos gestores também. Outra questão que não apareceu é da participação dos usuários, manifestados em formas de coletivos, ou movimentos sociais organizados. Neste ponto registra-se uma observação: no documento base para gestores e trabalhadores do ano de 2008, é bem refletido

e exposto a participação dos usuários, bem como pensar a subjetividade na sua dimensão coletiva, fato que nos documentos atuais e atualizados da PNH foram sendo suprimidas. Um ponto a se refletir no que se refere aos caminhos trilhados pela PNH em sua dimensão coletiva.

### 5.3.4.3 Categoria Ações humanizadas

Nessa categoria, buscamos englobar a interação dos integrantes do grupo no quesito objetivos e atribuições do GTH. A partir da interação dos sujeitos no âmbito destas reflexões evidenciou-se o quanto o grupo sente-se confuso no quesito objetivos PNH/GTH, com dificuldades de citá-los exatamente como consta nas cartilhas e documento base da PNH para gestores e trabalhadores. Contudo, ao longo do debate, o grupo, a partir de contribuições de alguns integrantes evidenciou ter conhecimento de quais são os objetivos e atribuições da política, de forma a demonstrar os limites e dificuldades e potencialidades do grupo. Não se pode afirmar que essa constatação se deu na forma de consenso entre os integrantes, assim como a categoria “voluntários”. As falas a seguir não se deram necessariamente na mesma ordem e diante da mesma pergunta. Vejamos algumas falas para materializar um pouco esta reflexão.

#### Quadro 16 – AÇÕES GTH

Ações GTH	<p>[...] a gente faz o brechó, tem um dinheiro, e aí precisam de alguma coisa, a gente vai lá ‘tapar buraco’, e no fim,, acabamos indo muito em direção à questão da infraestrutura.</p> <p>Não é um projeto nosso, mas temos participado, que é o projeto de ambiência. Temos trabalhado para dar conta de projetos como esse, de ambiência: é uma campanha, é um bebedouro, é pia, enfim...</p> <p>Todo o nosso processo de trabalho é realizado na intenção de melhorar o processo de trabalho aqui dentro. Tanto é que a coisa mais simples que a gente faz é comprar óleo para a gestante para fazer massagem e ela vai ter o parto humanizado.[...] quando decidimos em pegar um dinheiro do brechó e nós vamos subsidiar a metade do jantar de final de ano dos funcionários, eu estou melhorando o processo de trabalho através da satisfação daquele cara que vai lá no final do ano.</p>
-----------	--

Apesar de parecerem confusos com dificuldade de citar os objetivos e atribuições do grupo, após alguns exemplos foi possível materializar algumas ações realizadas pelo grupo.

As duas primeiras falas nos remetem ao momento onde analisamos as atas em que

aparece o “projeto de ambiência”, embora a fala desconsidere a historicidade do desenvolvimento e necessidade de se criar esse projeto pelo grupo. Nos documentos atuais sobre a PNH, a ambiência é apontada como uma diretriz da PNH, mas o grupo a vê como um dispositivo tanto quanto o GTH. Foi o próprio grupo que criou esse projeto, conforme consta nas atas, tendo em vista as solicitações dos profissionais que surgiam de forma individual e espontânea, favorecendo alguns setores em detrimento de outros. Ou seja, o “projeto de ambiência” não surgiu por parte dos integrantes do GTH como um processo que fosse dar conta da ambiência hospitalar, no macro, na política, e sim surgiu como uma forma de divulgar as possibilidades do grupo para que demais profissionais, de diversos setores pudessem buscar verba junto ao grupo de forma mais democrática e justa, pois, na prática, as solicitações de suporte com infraestrutura sempre houveram. A ambiência, como consta na cartilha própria, de 2010, não apresenta um dispositivo específico para sua implementação, consta basicamente que a discussão do projeto arquitetônico deve ser de forma compartilhada.

As ações realmente consideradas pelo grupo, foram o brechó, o jantar de confraternização para os funcionários e a tentativa de contemplar os pedidos vinculados aos projetos de ambiência. No quesito “ambiência”, o GTH - por ser um dispositivo da diretriz gestão participativa e cogestão - pode oferecer suporte neste sentido. Por exemplo, se pegarmos as falas dos gestores na diretriz ambiência em que apontam a existência de uma comissão para pensar o assunto, deveria ser considerado pela Gestão a participação do GTH nesta comissão, de forma a contribuir na perspectiva de garantir que este processo esteja sendo pensado com a participação dos trabalhadores e dos usuários, até mesmo porque o GTH teve uma experiência, aqui avaliada como positivamente, da participação dos trabalhadores no sentido de pensar a ambiência e esses esforços não deveriam estar separados, mas trabalhando numa perspectiva de horizontalidade. Então, em uma visão mais ampliada, discorda-se de alguns integrantes que não consideram a ambiência e a brinquedoteca como responsabilidades do GTH.

#### **Quadro 17 – Ações PNH**

Ações PNH	Nesse tempo todo nós tivemos implantado a classificação de risco [...] Hoje temos as brinquedotecas tentando se dissociar do GTH, já com uma perspectiva de ter um dinheiro próprio e que antes não se tinha nada disso. O horário de visita diferenciado na maternidade e que foi ampliado. A implantação da ouvidoria, [...], que existe há muito tempo, mas funcionava de forma diferente, [...] com um ouvidor voluntário [...] uma hora estava lá e outra não, ao contrário de hoje.
-----------	---



Neste ponto, o grupo que se sentia confuso em relação ao que cabe ao GTH e o que é mais amplo, conseguiu pontuar algumas ações referente a PNH. Contudo, algumas observações se fazem necessária: ter um sistema de classificação de risco, uma ouvidoria não significa necessariamente que a PNH foi implementada. Para isso, seria necessário avaliar se esses dispositivos estão em conformidade com os princípios da PNH, bem como com toda a discussão que existe no interior de cada cartilha da política. Tanto é que nesta fala a integrante do grupo faz uma comparação com a ouvidoria que existia antes e depois da EBSERH.

#### 5.3.4.4 Categoria Responsabilidade na condução da PNH

##### Quadro 18 – Limites e Dificuldades

LIMITES E DIFICULDADES	<p>Existe uma política? Sim, existe! Hoje o GTH é um dos oito ou nove braços, só que hoje o GTH ele não é só um braço, ele é um braço e um corpo todo.[...] o grupo de humanização não consegue dar conta do que seria o seu específico, não consegue dar conta do que é dos outros: que é a brinquedoteca, que é a ambiência, enfim, todos os outros ramos. [...]</p> <p>Nós estamos confusos! E eu vejo que existem muitos objetivos de humanização a serem atingidos aqui dentro que o nosso grupo não atinge e não vai atingir. Por exemplo, nós nos esmeramos muito em fazer o brechó, que é algo que dá um trabalho enorme, para conseguir aquele dinheiro “suado”, que a gente compra aquelas pequenas coisas, que a gente mantém aquele trabalho do centro obstétrico que as gurias fazem tão bem, com os óleos, com a bola, enfim, mas eu pergunto para vocês: não seria também um ato de humanização não ter um paciente esperando uma ultrassonografia durante um ano e meio? E o que o nosso grupo pode fazer nesse sentido? Nada! Nosso grupo não pode fazer nada! Nós temos pacientes na fila da traumatologia esperando 2 anos. Temos uma colonoscopia esperando dois anos e meio e o grupo nem chega perto disso porque não temos poder para chegar perto disso!</p> <p>Hoje o nosso grupo é dimensionado naquilo que a gente tem poder, e nós não temos poder.</p> <p>Vocês sabem que todos os grupos de trabalho de humanização da rede EBSERH funcionam assim que nem o nosso. E a maioria funciona com o pessoal da ouvidoria. Existe quase que uma confusão.</p>
------------------------	---

E a ouvidoria é um dispositivo tanto quanto o GTH.
--

Aqui é importante deixar registrado duas questões: **a primeira** é que o grupo, apesar de se reconhecer como dispositivo, o que é de fato, parece não reconhecer que estão vinculados à diretriz da Gestão participativa e cogestão, ou seja, que em tese, são parte da gestão. E ainda que essas ações não sejam únicas e exclusivamente responsabilidades do grupo, a participação do grupo no diagnóstico, no pensar alternativas e articular participação de trabalhadores e usuários na resolução destes problemas pode ser sim uma atribuição do grupo, se assim determinarem. A **segunda** questão é que o grupo levanta uma questão bem pertinente, que foi abordada neste capítulo, no item das atas, o setor em que o GTH está vinculado. No regimento supracitado, do ano de 2006, o GTH é vinculado à Direção do Hospital Universitário, algo que a diretriz da EBSEH também afirma, sendo nesta diretriz exibido dentro do organograma da instituição o espaço do GTH. Porém, na prática, com a EBSEH passou inicialmente a estar vinculado ao Setor de Projetos Estratégicos e posteriormente à Ouvidoria, complexificando-se a viabilidade de condução da política pelo GTH que agora se encontra em um setor/dispositivo que já possui suas próprias atribuições, dividindo atenção e disponibilidade e podendo fragilizar ambos os serviços/dispositivos.

Também podemos identificar o quanto o grupo tem dificuldade de interação com os outros setores do hospital, tendo em vista que se sentem “carregando a política nas costas”. Vejamos abaixo algumas potencialidades identificadas:

### Quadro 19 – Potencialidades

POTENCIALIDADES	<p>As pessoas que formam os grupos são: os psicólogos, os assistentes sociais, o pessoal da comunicação. Da ouvidoria, do SOST, então, a gente está frente a frente com todo os problemas que acontecem dentro da instituição.</p> <p>e os exames que as pessoas ficam esperando o dia inteiro em jejum, e às vezes não vão buscar – gravíssimo!</p> <p>A pessoa fica em jejum 12h, faz o exame e na volta ela está em jejum porque tem que fazer uma endoscopia no dia seguinte, ou seja, ela faz 24 horas de jejum.</p> <p>Fora as cirurgias que marcam para um dia e remarcam para outro.</p> <p>O processo de alta é uma coisa que deveríamos olhar mais de perto, hoje o médico dá alta em qualquer horário, às 8h da</p>
-----------------	--

	<p>manhã ou às 20h, alta deveria ser até meio dia, para que a pessoa poder ir para casa no mesmo dia e poder alguém ir para um leito.</p> <p>Eu achei essa discussão extremamente importante porque em nenhum momento nós paramos para discutir sobre o grupo, como fizemos hoje [...] eu saio daqui com outra visão em relação ao que podemos fazer. Acho que podemos realmente trabalhar no sentido de discutir as questões do hospital elaborar uma proposta.[...].</p>
--	--

Pensando concretamente no conteúdo da cartilha, o grupo se deu conta de que possuem diversas categorias de profissionais e de setores, embora nem todos possibilitem a construção de diagnóstico situacional ou de possibilidades de intervenção do grupo. Consta na cartilha do GTH sobre “discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho e as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários” (BRASIL, 2006, p. 05). Eles até realizam esse diagnóstico, porém de forma informal e não formalmente discutida. A necessidade de ampliação da discussão e estudo das cartilhas também se mostraram necessárias e como uma tendência para o grupo.

Assim, os integrantes do Grupo Focal entendem que a responsabilidade pela condução da PNH são dos gestores.

Finalizo a apresentação dos resultados do Grupo Focal com a fala de uma das integrantes, que possibilita pontos para reflexão:

[...]Aliás, eu já escutei, por exemplo, “porque falar da humanização? O humano já não é humanizado?”, e eu acho que não, o humano não é humano, o homem não é homem, a mulher não é mulher. Trata-se de um processo histórico, cultural e a gente traz isso! Então, acho que não somos humanos de imediato, e a gente começa a pensar a humanização na saúde quando deixamos de tratar o outro, não como o outro, mas como um objeto[...] Então, a minha expectativa no grupo era essa, poder pensar condições de trabalho e resgatar essa humanização que não nasce com a gente.

### **5.3.5 O olhar dos(as) Usuários(as) sobre a Humanização**

Das entrevistas realizadas com as familiares se destacou a humanização dentro da concepção queixa-conduta, discutida no Capítulo 3. Embora no início, e de forma geral, a avaliação do serviço e dos profissionais sejam positivas, de bom atendimento, acolhimento e atenção, e de ser referido que há diálogo com os membros da equipe, que os profissionais se identificam, que os procedimentos e medicamentos são explicados, que suas dúvidas são esclarecidas. Ou seja, não possuem “queixa nenhuma”. No decorrer da entrevista em alguns

momentos as familiares revelaram aspectos das relações entre usuários e trabalhadores associadas a comportamentos individuais, que evidenciam fragilidades em relação à PNH. Também, apesar de apontar questões estruturais que necessitam de mudança, mostram-se tolerantes e compreensivos com a ideologia da “crise da saúde”. Apesar dos aspectos gerais serem comuns, cada entrevista apresentou aspectos singulares que merecem destaques. Deste modo, será apresentado por entrevistado estes pontos a serem refletidos.

Em relação à entrevistada “U1”, informa-se que sua experiência no HU se refere ao universo infantil, enquanto mãe de uma criança que realiza tratamento há anos no hospital e que possui histórico de diversas internações. A entrevistada faz comparações entre o atendimento na porta de entrada do hospital-Serviço de Pronto Atendimento (SPA), e unidade de pediatria. Vejamos uma fala:

Antes de subir para pediatria foi péssimo o atendimento. Primeiro que quando cheguei não tinha nem pediatra para atender. Eu cheguei aqui com a minha filha com muita dor e tudo mais, então eu tive que fazer toda uma função, tive que ir no ambulatório, falar com a hematologista, para ela ligar para dentro do hospital, para explicar que era uma criança da área de risco para poder atenderem ela. (U1).

Esta fala evidencia algumas fragilidades da instituição, como a falta de comunicação entre equipes, pois é evidente que essa familiar teve orientações por parte da especialista que lhe atendeu de quando e porque procurar o atendimento. Essa familiar encontrou o SPA com as portas fechadas e não conseguiu acolhimento, tampouco foi feita a análise da situação por profissionais do próprio SPA, os quais estavam cumprindo ordens. Por um lado, mostra que essa familiar tem noção de seus direitos, assumindo um papel de protagonista, de quem sabe que pode cobrar o atendimento. Por outro lado, também se põe em questão este acesso ao direito, vinculado ao movimento de conhecimento, de insistência, assegurado, através de um profissional de saúde, no caso do especialista que estava no ambulatório, ou seja, em outro ambiente, na qual a familiar conseguiu acesso e que buscou junto da instituição uma solução.

Essa fala também evidencia que o direito se movimentou em uma lógica de acesso individual em detrimento do acesso enquanto direito coletivo. O que demonstra que, tanto a usuária, quanto a profissional de saúde, além da instituição, estão influenciadas pelo campo valorativo da lógica neoliberal, e não o da saúde coletiva do SUS defendido pelo movimento sanitário. Obviamente para o SPA estar fechado outro serviço equivalente estava aberto e disponível para a comunidade, mas essa familiar que possuía experiência com o ambiente hospitalar ou com a cultura institucional conseguiu ser atendida no HU, enquanto outras mães

que, sem saber fazer esse movimento ou se articular e organizar dessa forma, não são atendidas pelo hospital que procuram.

Outro aspecto que merece reflexão desta usuária é quando ela traz que falta um acolhimento por parte dos profissionais, mesmo para ela que tem que trazer a criança para internar inúmeras vezes e que conhece a rotina hospitalar:

[...] mesmo que tu saiba que é a tua rotina aquilo dali, tu tens que te adaptar várias coisas, a um colega de quarto novo, que às vezes não está bem humorado, tá com outros problemas, a gente tem que se adaptar com coisas que também te doem de uma maneira, tu vê situações, bem assim, que tu te pergunta né. Então, eu acho que várias coisas poderiam ser conversadas, acho que mudadas. Eu vejo às vezes que tem profissional que eles acham que tu tá aqui dentro porque tu quer tirar férias aqui dentro, que nem eu falo (U1).

Cada internação tem uma dinâmica própria e é importante quando a familiar traz esse aspecto da adaptação, porque como profissionais a rotina hospitalar já é complexa. Logo, para o usuário que se afasta de seu ambiente, de sua rede de apoio, em que as expressões da questão social se agudizam, a necessidade de articular a organização familiar para responder às demandas da internação, bem como, do ambiente domiciliar e dos compromissos e rotinas fora do hospital, a vida afetiva, social, de trabalho, enfim, elas permanecem enquanto um paciente ou familiar encontra-se internado. A situação em que se encontram é de extrema vulnerabilidade, como pode ser visto a seguir:

O atendimento lá embaixo eu não gosto muito, principalmente os enfermeiros lá do SPA, eu acho eles bem estúpidos, na hora de punccionar uma criança. Eu já tive que escutar de profissionais, mandaram a minha filha calar a boca, não chorar, e eu falar assim, explicar a situação, dizer de que ela é uma criança ressabiada, e aí a pessoa perguntar o que ela tem e tu falar e a pessoa não saber, ou fazer pouco caso, essas coisas assim [...] eu acho que tem falta de diálogo na hora de tu marcar um exame às vezes, de eu já sair aqui da furg né, ir no INPS marcar um exame chegar lá e me mandarem pra FURG, e eu fazer isso, umas quantas vezes, com a minha filha no colo, e aí quando chegar a última vez aqui e ligar pra não sei quem da direção, e o exame tinha que ser marcado aqui [...] (U1).

Vários fatores apontados pela entrevistada interferem no processo de internação, desde a falta de interesse em enxergar o paciente, sua singularidade, de não dar atenção às informações que a familiar repassa. A necessidade de um familiar tentar explicar o comportamento de uma criança, na qual se avalia aqui que deveria ser identificada e observada pelo profissional que está no atendimento é um aspecto preocupante, que dificulta o próprio trabalho. A entrevistada referiu já ter ouvido falar da ouvidoria, e mesmo relatando a situação de violência sofrida por um profissional de saúde, referiu que não procurou o serviço.

Em relação à entrevistada “U2”, informa-se que sua experiência no HU se refere ao universo adulto, enquanto nora de um paciente que realiza tratamento há pouco tempo, mas possui várias internações de períodos curtos. A entrevistada traz aspectos do atendimento na porta de entrada do hospital – Serviço de Pronto Atendimento (SPA). Desta entrevista destacamos:

ninguém quer ficar no corredor né, tudo é desconfortável, não tem um banheiro próximo, mas é o que estão oferecendo e como a gente precisa a gente tem que aceitar. É melhor ele tá aqui se tratando do que estar em casa sem tratamento (U2).

Essa familiar, durante a entrevista, mostrou-se complacente com as situações apresentadas, demonstrando uma realidade presente no contexto hospitalar, que é o medo do não tratamento e do não acesso. Mas mesmo sendo complacente, demonstrou que os esclarecimentos sobre o tratamento e medicações administradas partem de uma postura mais ativa e participativa no tratamento, pois quando questionada se era informada, respondeu que “sim. elas falam, mas eu sempre pergunto. Eu sei qual é o que ele vai tomar, mas eu sempre pergunto. Parte de mim, sempre” (U2). Essa fala revela um aspecto importante porque as informações sobre o tratamento, as medicações administradas, devem partir dos profissionais de saúde, tendo em vista ser um direito do paciente. Além disso, essa postura profissional de só orientar e esclarecer a partir da iniciativa de um familiar evidencia o quão frágil ficam aqueles pacientes e familiares que possuem uma característica mais passiva diante da relação profissional-paciente. Também faz com que a assistência se dê de forma desigual, sem exercer a função educativa de mudança de cultura na relação profissional/paciente/ou familiar. Esse comportamento dos profissionais de responder aquilo que lhe é questionado demonstra aspectos que a reforma sanitária buscou modificar nas relações com o advento do SUS, mas que permanecem na cultura de atendimento de muitos profissionais. Segue abaixo a fala da entrevistada.

Apesar de não ter queixa nenhuma sempre pode melhorar um pouquinho né. Como é que eu vou te dizer, por exemplo, o médico deveria ter hoje né, feriado, eu sei que tem que descansar, mas deveria ter, porque ainda falaram ontem que ele poderia dar alta hoje né. Mas tá tranquilo, para quem está no corredor, minha filha, até que somos muito bem atendidos. A estrutura se tivesse uma poltrona pra gente sentar (risos), porque é duro ficar sentado numa cadeira ali (U2).

Essa familiar referiu nunca ter ouvido falar em “Ouvidoria”, nem sabe para o que serve. Assim, mesmo que a familiar tenha a iniciativa de perguntar aos profissionais questões referentes ao tratamento, considera-se aqui uma postura passiva, que demonstra que as relações de poder que o SUS se propõe e que a PNH reforça que devem ser modificadas, ainda é uma realidade, evidenciando aspectos que dificultam a efetividade da PNH.

Em relação à entrevistada “U3”, informa-se que sua experiência no HU se refere ao universo adulto, enquanto ex-esposa de um paciente que se encontrava internado há bastante tempo. A entrevistada traz aspectos do atendimento na porta de entrada do hospital – Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e da Clínica Médica:

Ele baixou com um problema no estômago né, aí foi feito uma endoscopia, a gente tava lá no corredor, aí o médico disse pra mim que tá com um tumor no estômago, né, tava entrando só líquido, coisas pastosas, tudo que ele comia botava pra fora né, não tinha passagem, não tem ainda, só que tá, foi indo, foi levando, só que, emagreceu muito, porque não está se alimentando. Ai eu achei assim, claro, pra mim, não sei né, não vo...os médicos sabem mais do que eu né. Eu acharia assim no caso, por mim, assim, que se ele não tinha condições de comer, tudo que comia botava pra fora eles teriam que ter colocado aquela sonda, bem antes, pra ele não enfraquecer, como enfraqueceu. Ele colocou a sonda não tem duas semanas. Mas ele já chegou aqui comendo e vomitando, eu acho que, eu acho que deveriam ter colocado a sonda bem antes né (U3).

Apesar da entrevistada dizer que não possui nenhuma queixa, que se sente acolhida, que tem suas dúvidas esclarecidas, aqui nesta fala se evidencia bem as assimetrias nas relações de poder, na falta de diálogo e esclarecimentos por parte da equipe já que a comunicação não foi bem estabelecida, por exemplo, em relação ao porquê de não ter sido colocada antes uma sonda no paciente. Entretanto, questionar a conduta de um especialista por parte de alguém que não detém deste conhecimento transparece a cultura da passividade da relação profissional-paciente que tanto se busca modificar, romper, com a PNH.

Desta entrevista também se destacou que a familiar não sabe o que é ouvidoria, nunca ouviu falar, sendo destacado que o único direito reconhecido em relação ao paciente é de que este precisa ser bem atendido, e em relação ao familiar relatou o direito do acompanhante à alimentação, sendo que este foi informado e acessado através de outros familiares de pacientes internados, e não através de divulgação e informação a partir da instituição e dos profissionais de saúde.

Em relação à entrevistada “U4”, sua experiência no HU se refere ao universo adulto, enquanto filha de uma paciente que se encontrava na quarta internação no ano, variando em

internações curtas e longas. A entrevistada traz aspectos do atendimento na porta de entrada do hospital –Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e da Clínica Médica. Desta entrevista destacamos alguns aspectos:

A minha mãe foi internada 4 vezes, ela tá cada vez pior, desde a primeira internação, não sei se eu consigo tirar ela do hospital, porque, ela vai pra casa e volta cada vez pior e ela não tem diagnóstico. O que me assusta, eu chego aqui no hospital, quando eu penso que a coisa vai fluir, passam ela para o quarto, troca de médico, tá? E aí, muda tudo de novo e aí quando tu vê, tão te dando alta. [...] às vezes vão fazendo uma investigação, mas tu sabe né, nenhum médico pensa igual, e aí uma médica tá indo por um rumo da investigação, tu nota sabe, aí tu sai daquele médico, e aí vai pra outro, e o outro talvez já não pense igual, e aí quando tu vê tu já tá noutro, e nessas indas e vindas, é a quarta internação da minha mãe e a minha mãe não tem diagnóstico (U3).

Essa fala está inserida, em um contexto, de que a paciente esteve no corredor do SPA, depois na enfermaria do SPA e, por fim, na enfermaria da clínica médica, não só demonstrando a falta de padronização que se discutiu na categoria dos gestores, mas na falta de diálogo e continuidade da atenção, mostrando uma fragilidade da instituição. Outro ponto que a entrevistada faz referência é em relação à identificação dos profissionais que atendem a sua mãe:

A maioria se identifica, quando eles não se identificam existe muito de não se identificar, é muito difícil, porque às vezes tu não guarda a fisionomia, tem que ficar lá, quem é de tal né? Aí ficam jogando.. “ah, não é meu”, “ah, não é meu”, e aí fica difícil, mas quando o profissional chega e diz assim ó: meu nome é tal, tu vai lá e chama, vários fazem isso, mas também vários não fazem. É muito mais fácil, eu digo né, tal nome dela, dá responsável, tá aí?, Não, ela não tá, ela já volta, quando chegar...fica mais fácil, porque sem o nome tu não tem (U3).

A importância do profissional de se identificar para proporcionar o processo de acolhimento, no sentido discutido da PNH, de responsabilização e vínculo, é evidente nesta fala, bem como as questões apontadas são associadas a comportamento individuais dos profissionais. Sobre as informações sobre o tratamento, administração de medicamentos, dúvidas esclarecidas, a entrevistada revela o seguinte:

Eu sempre pergunto e tem vários enfermeiros que ficam brabos. Eles se ofendem né, tu vê. Tipo, fazem uma cara feia como se tivesse duvidando deles, e não é isso, tu queres sabe o que está acontecendo. Até o médico, os médicos não chegam assim ó, eles te perguntam: ah tá acontecendo isso tá acontecendo aquilo, tá. Só que eles saem dali, eles viram as costas e não te dizem o que vão



fazer...alguns dizem, mas alguns não dizem. “Agora eu vou ver o que vou fazer”, dizem, assim, aí eles vão lá se sentam, vão escrever e tu não sabe o que eles estão pensando, se ele vai te pedir um exame, se o exame vai demorar, dias, ou semanas. Eles te dão antibiótico, eles não dizem assim: Olha, a data prevista do antibiótico é 7 dias, não! É: “começou o antibiótico”, ninguém falou, aí eu vou lá, quanto tempo é o antibiótico?...entendeu? Essa falta de comunicação, eu acho, porque tipo assim, principalmente o doutor né, eu vou te dar esse tratamento, por tantos dias, vamos ver se vai dar certo, entendesse?, e não é bem isso que acontece. “Eu vou te dar tal exame, é demorado, a gente vai ver”.. não, não é bem assim, e, às vezes tu chega e “ah tem tal coisa pra fazer hoje”, então, eu gosto de saber se tu souber tu vai tá perguntando, eu mesmo, no caso a minha mãe, eu tava na volta por causa do sangue, porque eu não queria que, quando ela fizesse sangue que ela tivesse sozinha, só que aí né, tudo não tem um horário, não tem um planejamento, né, tipo a minha mãe fez sangue ontem, até quase meia-noite.

Essa fala traz alguns elementos importantes, o primeiro é a característica de alguns profissionais de não saberem lidar, não gostar e reagir de forma antiprofissional com perguntas, questionamentos de usuários de seus serviços, o que dificulta a efetivação de uma PNH que tem como seus princípios o protagonismo, a corresponsabilização. Então quando se veem diante de usuários com maior grau de esclarecimento, com consciência sanitária e “ativo” revelam o quanto os profissionais não estão preparados para este usuário do qual a PNH defende e evidencia mais uma vez a desigualdade na assistência daqueles usuários que não possuem esta autonomia, ciência de seus direitos, e o constrangimento pelos quais passam pacientes e familiares que tentam fazer este papel de usuários esperado pela PNH.

Também evidencia um pouco do que já foi discutido com a entrevista da U1, sobre as adaptações e rotinas que são impostas aos usuários, ignorando que estes necessitam se organizar para os cuidados do paciente, de suas rotinas e adaptações dentro e fora do ambiente hospitalar, como se apenas os pacientes e familiares tenham que estar sujeitos às vontades das equipes. Parecem ignorar o fato de que as relações sociais no sistema capitalista, pressupõem a centralidade da vida no trabalho e que os familiares que cuidam dos pacientes estão inseridos no mercado de trabalho, necessitam cuidar de outros membros da família e que não vão poder estar presentes 24h com o paciente. Dessa forma, a falta de informação, completa como expõe a entrevistada, prejudica a organização daquele familiar e da prestação de um cuidado integral e humanizado. Mesmo assim, a entrevistada ainda relata sobre o que mais a assustou no hospital:

A princípio o que mais me assustou foi a higiene. É uma coisa assustadora, eu termino de dar banho e tudo, eu pego luva, vou lá, limpo o banheiro, mas tu vê que tem gente que está trabalhando e passa várias vezes, e tem gente que limpa uma vez e “tchau”, e as pessoas ficam ali né, e principalmente, agora,

tu deve ter notado, o cheiro que tem no corredor, olha as moscas, aquilo ali, tinha que existir alguma coisa para matar aquelas moscas, uma pazinha que fosse, ali tu tá comendo, e as moscas estão posando na ferida do que tá do lado e pousando na tua comida. Aí bem difícil né, o leito da mãe mesmo é um leito bem difícil, fica na frente da porta do banheiro. É o pior leito. Tu tá na porta do banheiro, a pessoa está com dificuldade de se alimentar, daqui a pouco alguém vai no banheiro e abre a porta ... não preciso te dizer nada, né? Dormir não existe, num leito que fica na porta do banheiro, porque as pessoas estão doentes e elas usam o banheiro, tu não vai dizer para as pessoas não irem. Além das pessoas do quarto, tem as pessoas do corredor né, normal, tu não pode dizer pras pessoas não usarem porque tu quer dormir, e é a noite toda, porque a cama é quase em cima da porta (U4).

Ao longo da entrevista a familiar explicitou diversas situações em que acaba ela mesmo fazendo a higiene do banheiro, e o desconforto de um leito muito próximo à porta do banheiro, as poucas condições para os pacientes e familiares, aspectos abordados quando se discutiu a questão da ambiência, evidenciando a fragilidade da efetivação desta diretriz da EBSERH neste setor.

Para concluir, reitera-se que as falas tiveram a intenção de dar visibilidade a questões que fragilizam a efetivação da PNH, tendo em vista que todas as entrevistadas identificaram e verbalizaram de forma positiva suas experiências, destaco aqui, a fala da entrevistada U4, que sintetiza bem as reflexões feitas até aqui e que foi a única que se sentiu à vontade para dizer o que entendia por humanização:

Na realidade eu acredito que a humanização seria um dever de todo cidadão, é uma resposta, todo cidadão deveria ser humanizado no atendimento, principalmente na saúde, seria uma resposta dos impostos que a gente dá, seria um direito né. Eu acho que assim, é principalmente o carinho com que as pessoas te tratam entendeu? Porque assim, tu chega ali, doente, frágil, e tu tendo aquela acolhida, tu vê, aquele acolhimento, tem pessoas que parecem, que é uma pessoa da família, o carinho que as pessoas têm, e que outros são frios né, as pessoas, são mais frias. Isso acho que distancia e até deixa as pessoas mais apreensivas e com medo de fazer alguma pergunta, porque a pessoa também não te dá a liberdade. Porque esse médico que a mãe tá, ele é simplesmente extraordinário, tu consegue falar com ele como se ele tivesse falando com um amigo teu, ele te dá espaço para isso (U4).

Neste item foi possível observar alguns familiares com comportamentos “passivos” e outros “ativos”, em relação a assumir uma certa autonomia e ser protagonista enquanto usuários (as). Também se percebeu a existência de medo e de receio e que foi bem destacado nesta última fala, o que evidencia a importância do comprometimento do profissional com a efetividade da PNH. É satisfatório ver a “humanização” dentro da perspectiva do direito como exposto,

embora, às vezes, como se pode observar, estejam embutidos da lógica neoliberalizante em que se acaba prevalecendo o direito individual ao coletivo.

### 5.3.6 Os Trabalhadores/as e a questão da Humanização

Dos/das entrevistados/as com vínculo RJU, todos os participantes são sindicalizados, destes apenas um participa ativamente das atividades e assembleias. Um refere que já foi mais participativo e que não tem se sentido convencido em participar das atividades propostas e o outro não participa das atividades, greves e paralisações, porque entende que prejudicará os pacientes que levam meses ou anos por uma consulta. Mas defende e apoia os grevistas. Dos/as entrevistados/as da EBSEH apenas um é sindicalizado, mas não participa das assembleias. Aqui mostra-se uma tendência refletida por Bravo e Marques (2013), da crise sindical ocasionada pela reestruturação produtiva de acumulação flexível, que impõe limites à organização dos trabalhadores, sobretudo daqueles com viés classista e que vem enfraquecendo a organização sindical.

Em relação ao eixo da gestão do trabalho que se chegou a abordar no Capítulo 3, item, 3.2 buscou-se identificar a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, seu desenvolvimento e seu crescimento profissional. Neste sentido destacam-se as seguintes falas, relacionadas às condições de trabalho:

Então acho que assim, a gestão de qualquer coisa que a gente tenha, passa por treinamento, se não existe treinamento do pessoal, nada melhora. Isso sempre foi uma falha das instituições. Então as pessoas são jogadas em determinados setores, e não são treinadas para funcionar neles de forma adequada. Ainda mais em um serviço público, que nós temos, a FAHERG, FURG, A EBSEH, três tipos de empregados né, isso é uma coisa que não é produtiva, porque a gente tem pessoas trabalhando nas mesmas funções com salários diferentes, com regimes diferentes, isso torna, em alguns determinados momentos uma rixa, uma desunião (T6).

A minha jornada eu acho boa, em relação aos colegas eu acho que poderia ser todo mundo igual. É diferente. Causa bastante desconforto né, é que nem se nós trabalharmos mais que o outro e ganhar o mesmo salário (T4).

O pessoal da EBSEH tem uma carga horária maior que o pessoal da FURG, a nossa carga horária é de 36h/semanais. O edital do concurso dizia 36h/semanais, mas é a política da instituição né, então, foi feito acordo coletivo, a gente tem que seguir as regras né (T3).

Bom, a minha jornada de trabalho é boa. Dentro do nosso setor aqui não (não tem diferença de jornada de trabalho), fora daqui sim, aqui dentro não (T2).

Essa questão, particularmente, acaba por dar visibilidade à fragmentação dos trabalhadores por diferentes regimes de trabalho, carga horária, entre outros aspectos. Destaca falta de uma isonomia salarial defendida pela Reforma Sanitária, evidencia a fragilidade emocional que estas diferenças podem potencializar em alguns momentos no ambiente de trabalho, dando visibilidade ao processo de reestruturação produtiva de acumulação flexível.

Em relação ao sentir-se bem acolhido (a) no setor que trabalha e pelas chefias as respostas foram bem diversificadas e cada uma evidencia pontos importantes para reflexão. A fala mais positiva em relação a ambas questões é apresentada a seguir:

Eu sou muito respeitado e procuro respeitar a todos. Inclusive nesta segunda gestão eu fui convidado para ser o coordenador ali da clínica médica, então ficou uma enfermeira responsável e eu em um cargo (com diário oficial e tudo direitinho), mas não mudei meu regime, é tipo um colaborador da gestão (T6).

De modo geral os/as entrevistados/as se sentem acolhidos pelos colegas e até pela chefia imediata, contudo não pela gestão e outras categorias:

eu acho que assim é uma questão histórica no hospital o topo da categoria são os médicos e aí os outros, [...] não como uma categoria de importância que vai fazer mudança no hospital (T1).

Alguns entrevistados/as compararam a questão da valorização com a questão de vínculos de trabalho diferentes:

[...] Então não tinha como a gente levar para o lado pessoal e particular, pessoalmente as pessoas dizem, “a então teu vínculo é tal e eu não gosto de ti”, não existe isso, as pessoas chegaram com o sonho delas de entrar em um concurso público, de ganhar bem e ser valorizado dentro da sua profissão, eu enxergo assim, nem todas pessoas veem assim [...], é um pouco de hipocrisia, porque na verdade, assim, as pessoas se incomodaram muito com a EBSERH, mas é estranho porque quando entravam os que ganhavam menos ninguém se incomodava. Porque a FAHERG dependendo do tempo de trabalho ganhava um pouco menos, então, meio complexo assim, não sei. E também claro, que tiveram pessoas que entraram com a empresa que também entraram com o nariz em pé, então nós tivemos os bodes expiatórios de todos os lados, não foi só o pessoal da instituição que já estava aqui que se ouriçou, quem também chegou, por vezes, chegou de um jeito não adequado, também chegou meio do avesso (T5).

Tem líder, tem chefia, tem coordenação, um exército acima de mim. Não me sinto valorizada por todos. Até essa questão de chefia, não é que eu queria, mas a pessoa poderia ser convidada, porque estou trabalhando há 33 anos no hospital, independente de não querer, por respeito. Tem plantões de hora extra,

a gente não pode fazer, aí o pessoal que chegou da EBSEERH faz, a opinião que vale, agora que a EBSEERH virou dona do hospital, a opinião da gente vale muito pouco. Se tem convite para capacitação é pra EBSEERH, ou muito pouco convidam FURG. A gente tá bem discriminado, eu acho (T4).

Aparece, assim, nestas falas, o processo de adesão à EBSEERH, que foi discutida anteriormente e que teve impacto nas relações de trabalho que passaram a se constituir a partir desse processo. A entrevistada T5 apontou um aspecto, referente às diferenças entre EBSEERH e FAHERG. Se pensarmos a conjuntura histórica com a FAHERG, esta nunca impediu a luta por ampliação de vagas RJU, diferente do que hoje representa a EBSEERH, que registra um marco histórico de desmonte do serviço público e desvalorização da carreira de servidores RJU.

Já a segunda fala nos chama a atenção a forma de preenchimento de cargos de gestão que é feita mediante convites, aproximações ideológicas, de admiração, não havendo um processo democrático que permita que as pessoas que tenham interesse de exercer algum cargo na gestão, possam se candidatar e vivenciar um processo justo.

Em relação à infraestrutura do local de trabalho vários são os posicionamentos:

Os pacientes estão desconfortabilíssimos pelos corredores, a gente até aceita porque a realidade é nacional, não é Rio Grande, mas que tá errado, está. E a questão da gente é isso, falta conforto, o que falta é uma privacidade (T4).

Olha para o teu lado: Horrível, mofo, cupim, ferrugem, tá decadente né! Apesar de ter muita coisa boa, a gente vê, onde arruma a medicação, onde tu entra em um banheiro da enfermaria, as condições são precárias. [...] A gente não tem uma sala que a gente possa tirar o paciente da enfermaria ou o familiar da enfermaria para conversar de forma isolada para dar uma notícia ... ali é tudo exposto né, então a gente chega para ter uma conversa, perguntar como é que o cara se contaminou pelo HIV, todo mundo, os 20 que estão na volta, ficam sabendo. Ou dar uma notícia para o paciente que ele está com câncer, todo mundo ali na volta vai ficar sabendo. Para fazer um procedimento, tu vai entubar uma paciente é sempre no meio de todo mundo. Se tu pede algum biombo alguma coisa, tem dois para toda a unidade (T6).

O espaço físico não é bom, a gente divide a sala entre 8 assistentes sociais, em turnos diferentes mas mesmo assim ... a gente não tem uma sala individualizada para cada uma, computador para cada uma, banheiro na sala, bebedouro na sala, acho também que o local é insalubre, não tem uma ventilação adequada, no calor é muito calor e no frio é muito frio, tem baratas e mosquitos, ratos. E também é um local, assim, por um lado é bom que a população reconhece o espaço do serviço social, mas por outro o pessoal praticamente invade a sala (T1).

Os gestores já evidenciavam a fragilidade da diretriz ambiência e as questões mais graves apontadas por estes pesquisados são alusivas à questão de privacidade do paciente, a

qual não existe. Apenas a entrevistada T2, da qual não expus a fala, refere que a unidade em que atua está bem organizada e em plenas condições, e de fato é uma das áreas mais novas do hospital. A privacidade está prevista enquanto um direito do usuário de saúde, prerrogativa da PNH, a sua não contemplação expõe os profissionais ao adoecimento, bem como constrangimento dos/as pacientes que tem que dividir o quarto e ao que tudo indica, sua história e privacidade com outros pacientes, é uma situação gravíssima de violação de direitos.

Pensando a diretriz da participação e cogestão foram abordados alguns aspectos referentes ao GTH, ao colegiado gestor. Em relação ao GTH, dois/duas participantes não sabem o que é o GTH, nunca acessaram e nem sabiam que existia. Segundo uma das falas: *eu não conheço, nunca fui solicitado ou esclarecido (T6)*. Os outros referem saber existir, mas nunca acessaram, sendo que dois deles contribuíram com doações para o brechó. Uma entrevistada mostrou-se confusa, não sabendo inclusive as origens das doações que o setor recebe, conforme fala a seguir:

Eu acredito que é para apoiar os funcionários, pacientes né, mas assim, trabalhado em relação a isso, ainda não aconteceu nada. Eu acho que as fraldas, a gente não sabe, a fraldas dos pacientes que a gente ganha, provavelmente seja disso, eu não sei, acho que é, não existe nada formalizado para nós. Acho que está faltando informação (T4).

Em relação ao colegiado gestor, as respostas foram diversificadas e trouxeram alguns elementos para a reflexão. Foi perguntado se o/a entrevistado/a sabe o que é, o que faz e se existe um colegiado gestor, se já participou de alguma reunião, bem como foi perguntado se sabe o que é a reunião pública da governança e se já participou. Vejamos algumas falas:

Acho que tem (risos). Acho que são pessoas que se reúnem para traçar metas [...] essas reuniões que tem nessas sextas-feiras, acredito que isso faça parte desse colegiado. Não participei em nenhuma, sempre acontece alguma tragédia, alguma desgraça, que eu tenho que atuar como médico e acabo não indo (T6).

Deve ter, mas quem compõe e o que faz eu não tenho. [sobre a reunião pública] Sim, já participei, é uma reunião que acontece num dia específico, que é uma reunião que tu pode inscrever pautas e a governança, pessoal da direção expõe os acontecimentos daquele período, do mês, as divisões trazem as coisas mais relevantes, trazem a público né, é uma forma de trazer para a comunidade, em geral, porque ela é aberta mesmo. Eu participei umas duas ou três, quando eu estava como líder, até pra gente ficar por dentro. Porque na verdade assim, se a gente for olhar, o organograma, o líder não existe, mas assim, embora seja um cargo, ele é administrativo, mas mesmo sendo administrativo a gente fica muito longe da governança, da gestão da instituição, e é uma forma da gente se informar. Porque mil coisas acontecem e a gente só sabe quando está tudo

pronto e resolvido e cumpra-se. Então a reunião da governança é uma reunião em que a gente, “olha, estão pensando em tal coisa, tal coisa está se encaminhando, aconteceu, ou vai acontecer” (T5).

Não sei nem se existe. o que eu sei que a EBSEH se reúne para decidir proposta deles pro ano, pro semestre, não sei como funciona, só isso que eu sei, não sei nada porque essa reunião não é para nós né, seria só pra EBSEH. Que é da governança da EBSEH, que o pessoal vai pra discutir propostas. Pode ser falta minha, porque eles colocam no computador, convidam pelo sistema, a gente associa sempre a EBSEH isso aí, porque é pra discutir normalmente a proposta da EBSEH, não é proposta que envolva o pessoal da Universidade. Pode até que seja falta minha de ter participado, não sei (T4).

Sim, do colegiado gestor participa, o usuário, representante do sindicato, representante de ONGS, representantes dos gestores do hospital. Deve de ter, a EBSEH tem um colegiado gestor, se ela tem dentro da FURG não sei te dizer. [sobre a reunião pública da governança] não sei, nunca ouvi falar (T3).

Podemos observar, por exemplo nas falas do T6 e T4 que há uma associação entre colegiado gestor e a reunião da governança oferecida pela EBSEH. A entrevistada T3 se aproxima da ideia de colegiado gestor, exemplificando a participação de usuários, sindicatos e a outra associa a questão do controle social. A reunião da governança se confunde com um colegiado gestor por ser aberta à comunidade e viabilizar a participação dos mesmos integrantes de um colegiado gestor, porém não tem o viés do controle social ou até mesmo viabilidade deliberativa. Outra questão importante juntando as falas sobre o GTH com o do colegiado gestor é que ninguém identifica esses espaços como privilegiados ao trabalhador junto à gestão, muito menos junto aos usuários.

Em relação à participação dos/as entrevistados em reuniões de equipe multiprofissional ou de categoria podemos dizer que alguns referem ter reuniões de categoria, com certa periodicidade, outros referem possuir reuniões multiprofissionais, cada unidade de um jeito diferente, nem sempre contemplando todas profissões que atuam nas unidades, mas se percebe um movimento na construção dessas reuniões.

Em relação ao eixo da atenção foi questionado aos/às entrevistados/as se conheciam os dispositivos da PNH, como a clínica ampliada e compartilhada e o projeto terapêutico singular (PTS). Cinco participantes referiam não conhecer nenhum dispositivo da PNH, nem sabiam dizer o que são esses que foram apresentados. Apenas uma participante referiu já ter ouvido falar: “Equipes de referência e projeto terapêutico singular sim, quando eu trabalhei na saúde mental a gente trabalhava muito com o PTS. Aqui não. Técnico de referência sim, mas assim, precisa melhorar muito ainda” (T1).

No questionamento feito sobre como o/a entrevistado/a conduz as questões relacionadas à questão social, emocional, entre outras, observou-se que a maioria respondeu que são acionados os variados serviços: Serviço Social, Psicologia, Psiquiatria, Nutrição. Um dos entrevistados reiterou a questão da privacidade, já apontada em relação às condições físicas e de estrutura do local de trabalho, que influenciam a condução destes aspectos. Outra entrevistada se aproximou mais das prerrogativas da PNH:

Precisa melhorar eu acho, acho que assim, pelo serviço social e psicologia acho que é mais comum, fazer acolhimento, dar encaminhamentos, ouvir. Agora para outras áreas como enfermagem por exemplo, acho que já é mais difícil, porque eles já querem encaminhar, tipo a ouvir uma pessoa, não é só o serviço social e a psicologia que vai fazer isso, qualquer profissional, pode fazer e aí eu sinto que tem uma demanda de uma pessoa chorando, uma pessoa reclamando, ah vai pro serviço social, vai para ouvidoria, mas ao mesmo tempo qualquer profissional pode fazer essa escuta qualificada e dar uma resposta, pode ser o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e isso não acontece (T1).

O desdobramento das respostas sugere que os pacientes não são percebidos como sujeitos integrais, os profissionais organizam-se por disciplinas e conduzem os atendimentos de forma ainda fragmentada. Ou seja, o assistente social é acionado para cuidar da questão social, o psicólogo da questão emocional e não uma equipe com diferentes profissões buscam cuidar da questão do paciente, do sujeito. Não se evidenciou a questão pontuada no capítulo 3 sobre o equilíbrio e articulação da visão social, emocional e biomédica na condução da assistência. Também se entende importante esclarecer que o entrevistado que defende a privacidade não pertence a unidade de atenção psicossocial e por isso sua colocação quanto a questão da privacidade indica uma tentativa de cuidado integral ao paciente perante suas ações, pois consegue entender que a privacidade proporciona o olhar integral e articulação da questão social e emocional do paciente com a biomédica. Uma outra entrevistada, ao referir que a questão social era com o serviço social e a questão emocional com a psicologia, referiu que apenas em situações pontuais aciona, pois estas profissões são presentes em reuniões e na rotina da unidade. O que também indica um movimento em direção ao trabalho na perspectiva da PNH.

No eixo sobre educação permanente em saúde as respostas foram bem variadas, a maioria refere que utilizam as folgas ou trocam a escala para participar de cursos, seminários em geral. Dois referem já ter solicitado e ter sido contemplados com a liberação para cursos. No horário de trabalho, apenas uma entrevistada referiu que consegue, a partir de negociação com o colega, e cita até o exemplo de estar fora da assistência para participar da pesquisa. Nenhum dos entrevistados referiu conseguir fazer os cursos proporcionados pela instituição



durante o expediente. Nesta abordagem foi possível perceber que a formação, as atualizações e instrumentalizações que venham a contribuir com a assistência prestada no local de trabalho não são consideradas como atribuições a serem realizadas no horário de trabalho. O que é complicado porque muitos profissionais possuem um segundo emprego, existe a vida privada de cada pessoa, responsabilidades domésticas, família, etc., que se não for proporcionado no horário de trabalho, dificulta ou até impossibilita o crescimento profissional dos/as trabalhadores. Além de ser um retorno para a instituição e usuários que serão atendidos.

Sobre o eixo da informação e comunicação foi abordado o uso dos sites EBSEH/FURG, bem como, outros meios de comunicação que são utilizados. A maioria refere ter que entrar no site para acessar o e-mail, mas que as informações chegam por e-mail. Raramente os entrevistados olham para as notícias do site. Uma entrevistada referiu dificuldade de acessar as informações por site, bem como realizar os cursos, pois tem dificuldade em informática, e acaba se informando com os próprios colegas. Ainda tem aqueles que referem não ter tempo de acessar o site durante o horário de trabalho, o que dificulta as informações.

A última pergunta envolvia o pedido para que os(as) entrevistados(as) discorressem sobre o que entendem por humanização, como pensam a humanização no hospital. Foram identificados aspectos bem distintos, envolvendo a ideia da PNH enquanto movimento de ajuda, e enquanto uma perspectiva de direito. A maior parte dos entrevistados, não se aproximaram explicitamente da PNH, ao menos em sua totalidade. Destacamos duas falas relacionadas à perspectivas de ajuda e de direito:

Primeiro, o hospital universitário se caracteriza por atender a faixa de pacientes mais pobres da população daqui de Rio Grande. Gente muito sofrida, tanto econômica quanto cultural. A gente consegue ajudar muito a população. [...] Entraram 700 pessoas nos últimos dois anos, e vem muita gente de fora, com outra cultura, e muita gente que gosta do seu trabalho, boa parte do pessoal veio acrescentar, e a mudar muitas vezes o pessoal que estava muito acomodado (T6).

A política já vem com um peso, digamos de cumpra-se, de lei, de humanização de maior retorno para o usuário, de garantia para o usuário, de prestação de serviço com qualidade, algo nesse sentido. De garantia que será atendido, de que vai ter continuidade nesse atendimento, de que vai ter toda a terapêutica prescrita, de que vai ter tudo isso realizado de forma humanizada, que é direito (T5).

Percebemos na primeira fala, para além da perspectiva da ajuda, aspectos de culpabilização dos trabalhadores da instituição, no viés de que estão acomodados para mudanças, sem considerar o que o próprio T6 afirmou de que em dois anos houve um

crescimento expressivo de trabalhadores/as. Portanto, questiona-se: será que os/as trabalhadores estavam acomodados ou sobrecarregados e com sua saúde mental prejudicada? Em relação à fala da T5 observa-se que além do viés do direito e da obrigatoriedade da instituição de instituir a PNH, existe o viés da qualidade de atendimento, bem como, aspectos que direcionam para uma aproximação com diretriz de acolhimento. Esta diretriz foi identificada na maioria das entrevistas, seja no seu sentido ampliado, defendido pela PNH, seja no sentido restrito a qual foi discutida no capítulo 3. A PNH vinculada à diretriz da ambiência também foi bastante pontuada em quase todas as falas, um/a dos/as entrevistados/as discorreu sobre o que entendia a partir de queixas relacionadas a ambiência, vejamos:

Eu acho que é um tratamento diferenciado, mais acolhedor, tanto para os funcionários como para os pacientes. Acho que não está funcionando esse serviço aqui ainda né, a gente critica muito a questão da humanização com o funcionário porque a gente não vê isso, não sei se isto está em projeto se estão pensando, se estão organizando e ainda não está implementado, não sei, a gente percebe bastante falta nisso daí. [...] Funcionário não tem lugar decente para dormir, a alimentação as vezes é ruim, de má qualidade. [...] A gente está no meio das moscas, os pacientes estão nos meios das moscas, o paciente da rua que chega e não tem acompanhante e fica no corredor, não tem comida, são abandonados nos corredores, tem que ser de idoso ou de criança se não, fica ai sem comer, não é problema nosso (acompanhantes). Então falta algumas coisas, conforto, o acompanhante fica sentado a noite inteira com uma cadeira dura e o paciente em uma maca com um colchão fininho, ele dorme a noite inteira é na lata. A gente pede colchão, coisas melhores mas a resposta é que não tem dinheiro. [...] o paciente é o maltrato na porta pelos funcionários. Então trabalhar esses funcionários, chamar, localizar esses funcionários que estão sendo grosseiros com os pacientes. Trabalhar esse funcionário porque os funcionários não são trabalhados para serem humanizados (T4).

Essa fala também aponta outras questões para além de uma associação entre PNH e ambiência. T4 identifica como público alvo os pacientes e funcionários, bem como o acolhimento aparece apenas em seu sentido restrito, relacionado a forma como os funcionários e pacientes são tratados. Não que não sejam aspectos importantes e que não devam ser trabalhados, mas está distante do que a PNH preconiza como acolhimento. Também demonstra um envolvimento com a gestão de “queixa-conduta” ou “conceito-sintoma” como já refletidos no referencial teórico. As próximas falas condensam e apresentam a dimensão da relação profissional-paciente:

Então assim, o que sempre foi colocado é que a gente deve se colocar no lugar do paciente, que tu deves ter condições de trabalhar, condições assim que não afetem nem a tua saúde física, nem a tua saúde mental, que tu tens que ter uma

relação empírica com o paciente, tu tens que respeitar a vontade do usuário e inclusive, nos procedimentos, tu tens que respeitar desde que isso não cause nenhum prejuízo e nem dano para o usuário (T3).

Então, entendo que são a forma que a gente vai atender e agir nos atendimentos diários. Eu que sou [...] eu vou prezar para que aquele atendimento seja humanizado no sentido de ouvir a pessoa, de acolher as demandas dela, de dar uma resposta a ela, de dar continuidade ao acompanhamento dela. Nós temos atendimento humanizado, nem sempre a gente consegue porque acho também que não depende só de uma categoria profissional, depende de vários profissionais, desse trabalho conjunto que nem sempre acontece no hospital né, e acaba refletindo na própria pessoa atendida (T1).

A partir destas falas, podemos identificar, para além de aspectos discutidos em outras falas, a ambiência mencionada pela T3, da importância da empatia na relação entre profissional e usuário, bem como a T1 traz aspectos importantes no que se refere que um profissional pode até atender de forma humanizada, mas se os outros profissionais envolvidos não o fizerem então não haverá a humanização de fato. Claro que em evidência está a associação da humanização como uma atitude e comportamento individual do profissional. E o desenvolvimento da empatia e do afeto é fundamental na humanização, mas não a define. A próxima fala é a única que inclui os três sujeitos apontados no método da tríplice inclusão prevista na PNH:

A gente tem que ter essa política em tudo. Na assistência, nós como profissionais atendendo tem que ter a humanização e como funcionários de uma instituição também. Estrutura, então eu acho que a PNH, é isso, é ver como um todo, para poder funcionar tudo direitinho, tu poder ter uma estrutura direitinha, de organizar, poder ter esse acolhimento, poder ver exatamente se tudo está funcionando direitinho, tu ter esse retorno das tuas chefias imediatas, esse reconhecimento da instituição, como pessoa e como profissional. Porque se não, não funciona (T2).

Durante o processo da entrevista sobre o que se entendia pela humanização, uma das entrevistadas fez referência à empatia, bem como apresentou a necessidade de o usuário também ser humanizado, exemplificando essas afirmações com uma situação vivenciada por ela. Antes de se refletir a respeito, segue a fala da entrevistada<sup>37</sup>:

Na prática tu sabe que tens que respeitar o paciente, a religião do paciente, o sentimento, tu pode até não concordar, tu não pode bater de frente, assim como o usuário também não pode. Mas por parte do usuário, não funciona. O usuário, ele assim, se sentir ameaçado por qualquer coisa, ele vira um agressor, não existe humanização por parte dele, ainda falta trabalhar isso aí com o usuário. Porque eu hoje mesmo fui agredida verbalmente, expulsa de dentro do quarto do paciente. Paciente que está tendo todo o cuidado, tratando os

---

<sup>37</sup> Algumas palavras foram suprimidas a fim de não identificar a situação e o profissional.

familiares super bem, me colocando no lugar deles assim, agora porque a familiar acha que os médicos aumentaram o intervalo do alimento<sup>38</sup>, [...] e a familiar disse que não, que a paciente não ia passar fome dentro do hospital, que ela tinha dinheiro para comprar, e não acreditou na gente, não consegui contactar o médico, não sei te dizer porque mudou mas, aí a familiar diz: mas tu já era para ter conseguido essa informação com o médico! Eu disse que tentei mas eu não consegui e ela retornou a dizer: tu não sabe o que estou passando. **Ai eu disse sei sim o que tu tá passando, porque eu também já passei por isso, inclusive por uma situação mais difícil porque o meu familiar não sobreviveu [...].**

A importância desta fala nos revela o fato de que existe uma dificuldade de entender o significado de empatia, confundido pelo/a entrevistado/a que não conseguiu perceber o quanto este paciente e familiar tiveram negado seu direito de informação, estavam fragilizados e buscaram apoio junto ao profissional para resolução deste problema. O/a entrevistado alegou ter sido agredido verbalmente, mas não conseguiu perceber que o paciente que já estava se sentindo agredido, também o foi pelo entrevistado/a ao afirmar que sabia o que paciente e familiar estavam sentindo. Essas questões precisam ser refletidas e problematizadas, fazer parte da formação para a humanização, pois, confundir o significado de conceitos como empatia demonstram o quanto há de se investir na formação de habilidades relacionais de todos sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários).

Sobre quem deveria implementar a PNH no hospital, todos/as entrevistados/as destacam que deve haver o envolvimento de todos que compõem o hospital, sendo que apenas um entrevistado disse que também cabe aos usuários essa implementação, associando essa participação dos usuários ao GTH. E apenas dois referem que há necessidade de apoio da gestão.

---

<sup>38</sup> Idem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PNH ao ser lançada, em 2003 buscou imprimir os princípios do SUS no cotidiano, o que implicava na “mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho” (BRASIL, 2004, p. 07). Apesar desta citação já ter sido feita no capítulo 3, entendemos pertinente referi-la novamente, porque nos textos básicos de saúde e outros documentos básicos no acervo digital sobre a humanização, a palavra “cultura” foi sendo progressivamente suprimida, alterando-se para “produzir mudanças no modo de gerir e cuidar” (2008, 2010, 2013 e 2015). E isso comprova o que a autora Castro (2018) afirma ser um afastamento do sentido da reforma sanitária de base marxista. A supressão do termo nos revela que se deseja uma mudança, mas não a ponto de alterar a cultura das relações sociais existentes, ou seja, do modo de produção e reprodução capitalista, evidenciando que mesmo que se altere a cultura, não significa que esta tenha a intencionalidade de modificar o modo de produção, evidenciando os limites da política para tal finalidade.

Neste trabalho, identificamos que o modelo de atenção à saúde presente nos processos de trabalho e nos discursos dos sujeitos se aproxima do modelo que defende a ideia do “SUS possível” ou “SUS que dá certo”, no sentido que agrupa os princípios da reforma sanitária condicionados ao da perspectiva privatista, e está alinhado com a reforma sanitária da linha social-democrata, dentro da discussão realizada no referencial teórico.

Apesar de alguns dispositivos da PNH estarem implementados, como a gerência de porta aberta, ouvidoria, classificação de risco, podemos afirmar que não houve a sua efetivação enquanto política. Observamos que os dispositivos vinculados a diretriz de participação e cogestão, bem como, de ambiência, e da clínica ampliada e compartilhada, pouco são efetivas. Primeiro, porque não há uma ocupação expressiva de trabalhadores e usuários nos espaços reconhecidos e disponibilizados pela gestão, como a reunião pública, e segundo porque o próprio GTH não se considera e nem é considerado pelos gestores entrevistados como espaço vinculado aos processos de gestão. A diretriz da ambiência é apontada por todos os sujeitos como algo que demanda melhorias, a clínica ampliada e compartilhada sequer era conhecida, sendo um importante instrumento de mudança nos processos de trabalho em equipe e valorização e protagonismo dos usuários. Esta realidade indica a não efetividade da PNH na instituição.

A PNH é defendida aqui com um potencial estratégico para a efetivação do SUS, contudo revelou-se que a EBSEERH tem uma capacidade de interferir na efetivação da PNH, tendo em vista que materializa mudanças estruturais na gestão do SUS pelo viés privatista. Foi possível perceber o desconforto gerado devido a existência entre as diferentes formas de contrato de trabalho (Regime Jurídico Único Federal e Consolidação das Leis Trabalhistas), bem como a manutenção das terceirizações e a tendência na precarização das relações de trabalho devido a possibilidade de ampliação das terceirizações.

Tendo em vista que a PNH existe há 16 anos, pode-se afirmar que ela não conseguiu impedir a transição do Estado de Direito em sua proposta socialdemocrata para o Estado de Direito Neoliberal, e por este motivo não infere na mudança do modo de produção capitalista. Neste sentido, percebemos que a PNH possui uma roupagem híbrida, que possibilita que qualquer vertente ou campo valorativo, de qualquer que seja o projeto civilizatório em disputa, possa se apropriar dos seus conceitos.

As ações desenvolvidas pelo GTH sejam elas anteriores a adesão à EBSEERH ou posteriores também revelam não efetividade em relação às diretrizes da PNH. A principal diferença das ações do GTH, referem-se a arrecadação de verbas que passaram a ser utilizadas para demandas vinculadas, principalmente, a infraestrutura, e, que, embora esporádicas e pontuais, tiveram algum alcance em relação a satisfação e conforto de usuários e trabalhadores. Em parte, podemos afirmar que as ações atingiram a diretriz do acolhimento com os usuários, bem como os funcionários. O grupo focal revelou as fragilidades para efetivação da política, assim como foi possível deslumbrar algumas possibilidades de ação que, mesmo com os limites impostos pela EBSEERH e o contexto neoliberal em curso, demonstraram potencial de efetividade.

Embora a PNH busque efetivar o SUS, não se deve confundi-los, também não se coaduna com Castro (2018) de que exista um viés de que a PNH esteja substituindo o SUS, principalmente em relação a substituição dos conselhos de saúde. Pelo contrário, a PNH reconhece o papel dos conselhos de saúde, porém entende que é necessário ampliar os espaços de participação para além deste. Assim, destacamos que nos documentos bases sobre a PNH há o incentivo as contribuições coletivas e de movimentos sociais, e que nos folhetos mais atuais essa dimensão está sendo suprimida. E, portanto, se reconhece que está havendo um movimento no interior da PNH, mas afirma-se aqui que ela não tem o intento de substituir o SUS. O que ocorre é que a EBSEERH impõe essa mudança quando de sua contratação com as universidades, onde antes haviam estes espaços deliberativos com a presença de trabalhadores e usuários,

contudo com a EBSEH, esses espaços foram fragilizados. Mas reiteramos que este movimento veio com a EBSEH e não com a PNH, pois a política propõe e reforça estes espaços.

É claro que a participação dos usuários, seja pelo viés consultivo como deliberativo causa desconforto dos/as trabalhadores/as, como se evidenciou neste estudo, o que indica também que esse desconforto em suas proporções atinge os gestores com uma participação mais ativa de trabalhadores/as, pois essa gestão compartilhada gera desconforto e desestabiliza as relações de poder instituídas no sistema capitalista.

Consideramos importante trabalhar na dimensão formativa dos sujeitos implicados na efetivação da PNH, com a dimensão da construção de uma consciência sanitária, tendo em vista que se evidenciou diversas interpretações sobre as diretrizes e dispositivos, o que vem a ser um mistificador do propósito da política. Também conceitos simples como empatia, devem ser trabalhados, para que se possa qualificar o processo de se enxergar as necessidades do outro, não só do trabalhador em relação ao usuário, mas do gestor perante o trabalhador também. Os instrumentos/dispositivos da diretriz da clínica ampliada e compartilhada são os que possuem um alcance maior para contemplar essas necessidades e manter a PNH dentro da lógica da reforma sanitária.

Concluimos que o direito à informação, a privacidade, a comunicação entre os usuários e profissionais, bem como entre profissionais e gestão, e a implementação dos dispositivos da diretriz clínica ampliada e compartilhada continuam sendo os maiores desafios para se efetivar a PNH.

O Estado neoliberal hoje presente representa um dos maiores desafios para a PNH e para a própria sobrevivência da EBSEH, que está sendo atingida com a EC 95, DRU, e o já existente subfinanciamento da saúde, sendo que tudo isso pode apontar para a tendência de privatização dos hospitais universitários e para a não efetivação da PNH.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2. Ed. São Paulo: Martinari, 2015.

ALVES, Giovanni. **Formas de reestruturação produtiva**. IN ALVES: Giovanni. Dimensões da reestruturação produtiva: Ensaio da sociologia do trabalho. Londrina: PRÁXIS, 2007.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, P. (org). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ARAÚJO, Kizi Mendonça de; LETA, Jacqueline. **Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente**. *SCIELO*, v.20, n.2, abr.-jun. 2013, p.653-673 v.21, n.4, out.-dez. 2014, p. 1261-1281.

BAHIA, Ligia. **A política de Saúde no Brasil**. IN: ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. Manual de Saúde Pública & Saúde Coletiva no Brasil. São Paulo: Atheneu, 2012.

BATISTA, Paulo Nogueira. **O Consenso de Washington: A visão neoliberal dos problemas latino-americanos**. IN: SOBRINHO, Barbosa Lima [et al.], Em Defesa do Interesse Nacional: Desinformação e Alienação do Patrimônio Público, São Paulo: Paz e Terra, 1994.

BEHRING, Elaine Rosseti. Fundamentos de Política Social. IN MOTA, Ana Elizabete [et al]. **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, v. 2, 2011. 9ª edição. Coleção Biblioteca Básica do Serviço Social.

BENEVIDES, Regina de Barros; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas públicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro:, v.10, n.3, p.561 - 571, 2005a.

BENEVIDES, Regina de Barros; PASSOS, Eduardo. **Humanização na saúde: um novo modismo?**. Interface. São Paulo: v.9, n.17, 2005b.

BENEVIDES, Regina de Barros; PASSOS, Eduardo. **Verbetes Humanização** - Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Observatório dos Técnicos em Saúde da FIOCRUZ. Apoio: MS e OPAS, Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

BORON, Atilio. **A transição para a democracia na América Latina: problemas e perspectivas**. IN BORON, Atilio. Estado, Capitalismo e Democracia na América Latina. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.



BRASIL. Decreto-Lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967. **Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del0200compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0200compilado.htm).> Acesso em: mar. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HUMANIZA SUS:** Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Grupo de Trabalho Humanização. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde. HumanizaSUS:** Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 4ª edição (**Série B. Textos Básicos de Saúde**).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica Ampliada e Compartilhada. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Gestão participativa e Cogestão. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010 (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Ambiência. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010d (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento na Gestão e o trabalho em Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016 (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS:** manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização**. Folheto: 2015. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_1ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf)>. Acesso em: nov. 2018.

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

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. IN MOTA, Ana Elizabete [et al], (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 3.ed, 2008.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MARQUES, Morena Gomes. Saúde e luta sindical: entre a reforma sanitária e o projeto de saúde privatista. IN BRAVO, Maria Inês de Souza; MENEZES Juliana de Souza Bravo (orgs.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês de Souza; [et al]. Partidos Políticos e a Luta por Saúde. IN BRAVO, Maria Inês de Souza; MENEZES Juliana de Souza Bravo (orgs.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir. **As contrarreformas na política de saúde do governo Temer**. *Argumentum Debate*, Vitória, v. 10, n.1, jan./abr. 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139>>. Acesso em: jan. 2019.

CARDIAL, Andréa Mattos Dantas do Nascimento. **EBSERH: a nova roupagem da contrarreforma nos hu's**. 4º SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 2016, Belo Horizonte. *Anais/Resumos...* Belo Horizonte: Conselho REgional de Serviço Social, 2016. Disponível em: <<http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/8a/8a30bde7-b000-4c38-9484-38592c1cb60d.pdf>> Acesso em: dez. 2018.

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

CISLAGHI, Juliana Fiuza. **Privatização da gestão na saúde e precarização**. IN: FORTI, Valéria; GUERRA Yolanda (ORGS). *Serviço Social e Política de Saúde: Ensaios sobre trabalho e formação profissionais*. Rio de Janeiro: Lumens Juris, 2018.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Sociedade Civil e controle social: desafios para o serviço social**. IN: BRAVO, Maria Inês de Souza; MENEZES Juliana de Souza Bravo (orgs.). *Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos*. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2013.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia**. IN: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury (ORG). *Reforma Sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 4ª edição, 2011.

DÂMASO, Romualdo. **Saber e práxis na Reforma Sanitária – Avaliação da prática científica no movimento sanitário**. IN: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury (ORG). *Reforma Sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 4ª edição, 2011.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Humanização**: Revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. IN: DESLANDES, Suely Ferreira (ORG). *Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Conheça nossas filiais**. Disponível em <<http://www.ebserh.gov.br/>>. Acesso em: 04, mar., 2018.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Serviço de Gestão da Qualidade. **Diretriz EBSERH de Humanização: Assistência Humanizada para Melhoria da Qualidade em Saúde**. 1ª edição. Brasília –DF, 2017.

ESCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar a Reforma Sanitária. IN GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah (et al). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2ª edição, 2012.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963**: do império ao desenvolvimento populista. IN GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah (et al). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2ª edição, 2012.

FLEURY, Sonia Maria. **Retomar o debate sobre a Reforma Sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS)**. *RAE*, São Paulo, vol. 49, n. 4, p. 472-480, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v49n4/v49n4a10.pdf>>. Acesso em: jan. 2019.

FLEURY, Sonia Maria; OUVERNEY, Assis Mofort. **Política de Saúde**: uma política social. IN: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah (et al). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2ª edição, 2012.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; MALDONADO, José Manuel Santos de Varge; COSTA, Láis Silveira. **O complexo Produtivo da Saúde e sua Relação com o Desenvolvimento**: um olhar sobre a dinâmica da inovação em saúde. IN: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah (et al). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

GOMES, Rogério Miranda. **Humanização e Desumanização no Trabalho em Saúde**: algumas contribuições conceituais para uma análise crítica. *Capitalismo e Saúde*. Rio de Janeiro, CEBES, 2012.

HAYEK, F.A. **O caminho da Servidão**. São Paulo: Instituto Ludwig von Mises Brasil, 2010.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M; PERL, Anthony. **Política Pública**: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, 2012.

MACHADO, Vânia. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Frente Nacional Contra a Reforma da Privatização**, 2013. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/p/materiais.html>>. Acesso em: mar. 2018.

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da Economia Política**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

MENEZES, Débora Holanda Leite. **A prática profissionais do Serviço Social nos Hospitais Universitários**. 1ª edição. Curitiba: Editora Prismas, 2017.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

MOTA, Ana Elizabete [et al], (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 3.ed, 2008.

NEULLS, TALITA FERNANDES. **Análise acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde no âmbito do SUS**. Mestrado em Políticas Públicas. Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, São Luís: 2016.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, v.1, 2012. Coleção Biblioteca Básica do Serviço Social.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica**. Tese de doutorado. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador: 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Brasileira e a CEBES**. Capitalismo e Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

PASCHE, Dário Frederico. **Humanizar a formação para humanizar o SUS**. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de HumanizaSUS: Volume 1: Formação e intervenção. Brasília: 2010.

PECK, Jaime; THEODORE, Nik; BRENNER, Neil. **O mal estar no pós neoliberalismo**. Dossiê crise global, p. 59-78, vol. 92, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/nec/n92/n92a05.pdf>>. Acesso em 12 dez. 2018.

PEREIRA, Camila Potyara. **Proteção Social no Capitalismo: Crítica a teorias e ideologias conflitantes**. São Paulo: Cortez, 2016.

PINTO, Heitor Aurélio; FERLA, Alcindo Antonio. **Formulação e implementação de políticas como pedagogias para a gestão:** um ensaio a partir de três casos do Sistema Único de Saúde. *Saúde em Redes*, Porto Alegre, vol. 1, n. 1, p. 81-94, 2015.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Introdução ao estudo do capital nos serviços de saúde.** Capitalismo e Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O Direito à Saúde na Reforma do Estado Brasileiro:** Construindo uma nova agenda. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2002.

SILVA, Leticia Batista; MENDES, Alessandra Gomes. **Serviço Social, saúde e a interdisciplinaridade:** algumas questões para o debate. IN: SILVA, L.; RAMOS, A. (Org.) Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. São Paulo: Papel Social, 2013.

SPOTORNO, Gabriela de Araujo; WÜNSH, Dolores Sanches. **Trabalho, Direitos e (des)proteção social:** a realidade do familiar que exerce o cuidado da criança com câncer. *Revista Sociedade em Debate*, Pelotas, vol. 20, p. 86-118, jun. 2014.

TEIXEIRA, Janine; PILOTTO, Bernardo. **Saúde, Fundações Estatais de Direito Privado e Hospitais Universitários.** 2009. Disponível em <<https://barricadasabremcaminhos.wordpress.com/2009/03/20/saude-fundacoes-estatais-de-direito-privado-e-hospitais-universitarios-e-de-ensino-hues/>>. Acesso em 26 de março de 2018.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **Reflexões teóricas sobre a democracia e Reforma Sanitária.** IN: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury (ORG). Reforma Sanitária em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 4ª edição, 2011.

ZIGATO, Jhony Oliveira. **A implantação da empresa brasileira de serviços hospitalares (ebserh) no hospital universitário da universidade federal de juiz de fora (hu-ufjf): dilemas presentes e perspectivas futuras.** Mestrado em Serviço Social. Instituição de Ensino: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2015.

PASCHE, Dário Frederico. **Humanizar a formação para humanizar o SUS.** IN: Cadernos HumanizaSUS, volume 1, Formação e Intervenção. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: 2010.

## APÊNDICE I

### QUESTIONÁRIO PERFIL ENTREVISTADO/ GRUPO FOCAL

#### PERFIL:

1. Qual a sua escolaridade?

- Ensino fundamental  Ensino médio  Ensino superior em andamento  
 Ensino superior concluído  Pós-graduação (Área): \_\_\_\_\_  Outro: \_\_\_\_\_

1.1 No caso de ensino superior em andamento ou concluído responda a seguinte pergunta:

Qual foi seu ano de ingresso e de conclusão no curso superior? A política de humanização da atenção e gestão da saúde foi abordada em alguma disciplina de seu curso?

2. Qual seu vínculo com a Instituição?

- usuário/ paciente  
 trabalhador assistencial do nível:  ensino superior;  ensino médio;  ensino fundamental  
 docente  
 estudante/ residente

3. Tempo de atuação na área da Saúde (no caso de trabalhadores e gestores):

- menos de um ano  
 De um ano à 5 anos  
 De 5 anos à 10 anos  
 Acima de 10 anos

3.1 Tendo atuado na área da Saúde, você já ouviu falar em Política de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde

- Sim  Não

4. Exerce cargo na gestão atual?

- Sim  Não

5. Você possui vínculo trabalhista com a instituição?

- Sim  Não

5.1 Se sim, qual o tipo de vínculo que você possui?

- Servidor da FURG  Servidor da FURG cedido à EBSEH  funcionário da EBSEH  
 Funcionário da FAERG

APÊNDICE II  
ROTEIRO PARA DISCUSSÃO DO GRUPO FOCAL COM O GTH

**DADOS QUANTITATIVOS A SEREM BUSCADOS:**

Regimento Interno próprio publicado em portaria institucional, que inclua os participantes;  
Atas;

**ROTEIRO PARA DADOS QUALITATIVOS**

Perguntas iniciais:

1. Como vem sendo **implementada a Política de Humanização nos Hospitais Universitários do Rio Grande do Sul, a partir da sua adesão a EBSEH ?**
2. Que ações da PNH estão ocorrendo no HU
3. A adesão a EBSEH interfere na implementação da PNH no HU?

**AFIRMAÇÃO PARA INICIO DA DISCUSSÃO COM O GRUPO:** O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um dispositivo criado pela Política Nacional de Humanização (PNH) para o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de **intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos**

**Problematização:** Como o GTH da FURG está se organizando para atingir este objetivo? O que seria essa intervenção nos processos de trabalho e qualidade da produção de saúde? Como melhorar ou qualificar a prestação do serviço? Como é trabalhar em equipe nesse serviço? Existem equipes de fato?

**AFIRMAÇÃO PARA DISCUSSÃO COM O GRUPO:** Todos podem participar desses grupos: trabalhadores, técnicos, funcionários, gestores, coordenadores e usuários.

**Problematização:** Quem são os membros do GTH da FURG? Temos todos estes representantes? Como que vocês entendem a participação dos usuários, coordenadores, gestores...

**AFIRMAÇÃO PARA DISCUSSÃO COM O GRUPO:** Trata-se de instituir uma “parada” e um “movimento” no cotidiano do trabalho para a realização de um processo de reflexão coletiva sobre o próprio trabalho, dentro de um espaço onde todos tenham o mesmo

direito de dizer o que pensam, de criticar, de sugerir e **propor mudanças no funcionamento dos serviços, na atenção aos usuários e nos modos de gestão.**

**Problematização:** Com quem frequência o grupo se reúne? As reuniões ocorrem em horário de serviço? As atividades desenvolvidas pelo grupo ocorrem em horário de serviço? Existe algum impedimento ou dificuldade da chefia para a presença e participação nas atividades? Como você pensa a disponibilidade de horário para atendimento do grupo? Existe compensação de horas?

O grupo já propôs mudanças no funcionamento dos serviços? Na atenção aos usuários? Nos modos de gestão? Exemplifique, conte como foi o processo e organização do grupo.

- Que projetos coletivos já existiram e foram benéficos, mas pararam, e quais estão sendo desenvolvidos e precisam ser fortalecidos? Que parcerias seriam necessárias para melhorar a resolução dos problemas? Como e por quem são tomadas as decisões, e quem define as regras e normas de cada setor?

**AFIRMAÇÃO PARA A DISCUSSÃO:** O documento intitulado “DIRETRIZ EBSEH DE HUMANIZAÇÃO: Assistência Humanizada para Melhoria da Qualidade em Saúde” refere a criação de um índice EBSEH de Humanização composto por sete variáveis.

Esse documento e indicador foram discutidos e refletidos coletivamente pelos membros do GTH?

O que o vocês entendem por projeto de acolhimento -implementado – proposto como indicador?

O grupo realiza campanhas em Prol da Humanização? O que seriam campanhas em prol da humanização?

Vocês conhecem os dispositivos da PNH? (pedir para falar sobre cada um deles citados e pedir para relacionar com o GTH) e apontar qual dos dispositivos foram discutidos, implementados e/ou estão em desenvolvimento?



## APÊNDICE III

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO AO TRABALHADOR

#### **Eixo da gestão do trabalho**

Você é sindicalizado/a? Porque?

Como você avalia suas condições de trabalho, em relação a: Sua jornada de trabalho (tempo de deslocamento; e jornada de trabalho de colegas na mesma função só que com vínculo trabalhista diferente do seu)

Você se sente acolhido pelos profissionais do setor que você trabalha? Comente

Você se sente valorizado pela sua chefia? Comente

Descreva as condições físicas e de estrutura do seu local de trabalho e diga como você avalia isso.

Em relação ao Grupo de Trabalho de Humanização da Saúde:

Você sabe o que é e o que faz o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)?

Você participa deste grupo? Buscou acessá-lo em algum momento? Comente

Você conhece algum membro do GTH?

Você participa de reuniões de equipe multiprofissional? Ou apenas de sua categoria?

Como você avalia este processo de trabalho? Suas ideias são ouvidas?

Em relação ao Colegiado Gestor:

Você sabe o que é e o que faz o colegiado gestor?

Já participou de alguma reunião do colegiado gestor?

Você sabe o que é a reunião pública da governança, já participou?

#### **Eixo da atenção**

Você conhece e/ou utiliza alguns dispositivos da PNH como: Clínica ampliada, projeto terapêutico singular?

Como são conduzidas na sua unidade a questão social, emocional entre outras, apresentadas pelos paciente / sujeitos na sua unidade de atendimento?

**Eixo da educação permanente em saúde**

No seu turno de trabalho é disponibilizado tempo para cursos, atualizações etc?

Desde que você começou a trabalhar você foi liberado para realizar algum curso, participar de seminário, algo neste sentido? Chegou a solicitar? Você saberia dizer se existe algum protocolo, orientação para essas situações?

**Eixo informação/comunicação**

Você acessa o site da EBSEH, DA FURG ou outro para obter informações e notícias referentes aos acontecimentos no hospital? Comente (frequência)

## APÊNDICE IV

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO AO GESTOR

**A PNH implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Qual cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processo de trabalho você entende que ela se propõe mudar? Comente**

**O que você pensa da adesão a EBSEH em relação a mudança de cultura da atenção dos usuários? E da gestão dos processos de trabalho?**

#### **DIRETRIZ CO-GESTÃO**

Você já ouviu falar em co-gestão? Saber explicar o que é?

A PNH destaca dois grupos de dispositivos de cogestão (diretriz): aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde

Você poderia comentar se existe estes espaços? Caso exista este espaço, saberia dizer se há presença de de usuários, trabalhadores? Você considera pertinente a co-gestão no hospital? (comente)

#### **DIRETRIZ AMBIÊNCIA**

Você já ouviu falar em ambiência? Sabe explicar o que seria?

Existe algum espaço, ou proposta para uma discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das formas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço?

Você considera pertinente a questão da ambiência? Comente.

#### **DIRETRIZ CLINICA AMPLIADA E COMPARTILHADA**

Você já ouviu falar em clinica ampliada e compartilhada? Sabe explicar o que seria?

A PNH diz que a clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do

sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.

Você acredita que sua equipe, a qual gerencia, realiza a abordagem clínica da forma acima descrita? Você saberia conduzir uma abordagem desta forma? Acha que os profissionais de sua equipe conhecem, foram capacitados para isso? Você avalia que a abordagem da clínica deve ser conduzida desta forma? Entre seus colegas gestores essas questões são pensadas em conjunto?

### **DIRETRIZ VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR**

Na sua gerência, organização de trabalho e equipe, os trabalhadores estão incluídos na tomada de decisão? (de que forma)? ; como são feitos os levantamentos e análises das situações de processo de trabalho?

## APÊNDICE V

## ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO AO USUÁRIO

O que você já ouviu falar em humanização (HumanizaSUS)?

EM RELAÇÃO AO ACOLHIMENTO:

Conte como foi para você sua chegada para atendimento no HU?

Conte como você entende a comunicação com a equipe de saúde que lhe atende

EM RELAÇÃO A AMBIÊNCIA:

Conte o que você acha da estrutura física do leito e unidade em que você se encontra?

EM RELAÇÃO A PARTICIPAÇÃO NO CUIDADO:

Você tem suas dúvidas sobre o tratamento esclarecidas?

Se sente tratado com respeito? Porque?

Quando os profissionais comparecem no leito para te atender, eles se identificam? Explicam que medicamentos estão administrando? E o porque dos medicamentos? Você gostaria que fosse diferente? Porque?

Existe alguma reunião que a equipe faça e que te chame para perguntar, esclarecer sobre o tratamento?

Você já ouviu falar da ouvidoria? Já acessou? Te ajudou?

Diante de todas essas perguntas, quando se trata sobre Humanização, você gostaria de falar algo que ache que tenha haver e eu não tenha perguntado?

Para concluir: O que é Humanização para você?

## APÊNDICE VI

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO AO USUÁRIO 2

1. Conte como foi o acolhimento da equipe (desde a recepção, nota de internação, primeiros atendimentos);
2. Você foi informado sobre a rotina da unidade? E qual a rotina, descreva;
3. Você foi informado sobre os seus direitos no hospital?;
4. Sente-se tratado com respeito pelos profissionais do setor?;
5. Você tem as dúvidas sobre o tratamento esclarecidas?;
6. Quando os profissionais comparecem no leito para te atender, eles se identificam? Explicam que medicamentos estão administrando? E o porquê dos medicamentos? Você gostaria que fosse diferente? O que poderia melhorar?;
7. Existe alguma reunião que a equipe faça e que te chame para perguntar, esclarecer sobre o tratamento?;
8. Conte o que você acha da estrutura física do leito e da unidade que você se encontra;
9. Você já ouviu falar da ouvidoria? Já acessou? Te ajudou? Sabe para que serve a ouvidoria?
10. Você já ouviu falar em humanização?
11. Dentro do hospital quem você acha que deve implementar a humanização: gestores?, trabalhadores? Pacientes?;
12. O que é para você ser bem acolhido?

APÊNDICE VII  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE  
PROFISSIONAIS E GESTORES

Prezado Sr(a). Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **Análise da política “HumanizaSUS” de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul a partir da Adesão à EBSEERH.**

Esta pesquisa tem como objetivo analisar o processo de efetivação da Política de Humanização em um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul a partir da adesão à EBSEERH.

Segundo o Plano Diretor Estratégico –PDE do HU/FURG/EBSEERH um dos modelos que representam o maior percentual de oportunidade de melhoria, é a humanização da saúde (34%), sendo buscado neste estudo os fundamentos, condicionamentos e limites da implementação da PNH a fim de viabilizar esta melhoria.

Solicitamos, portanto, sua colaboração neste projeto concordando em participar da pesquisa através de um questionário, e/ou entrevista semi-estruturada e/ou de um grupo focal elaborado pela pesquisadora com duração prevista de até 30 minutos para a entrevista, e, no caso do grupo focal, de até 1h30min. A entrevista e/ou grupo serão gravados pela pesquisadora para posterior transcrição dos dados (no computador) e, após, a análise do conteúdo será deletada.

Sua participação é completamente voluntária, e também não implica em despesas de nenhum tipo bem como nenhuma compensação financeira e você poderá desistir de participar a qualquer momento.

Para publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida em sigilo, sendo omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a). Garantimos ao(à) Sr.(a) o completo sigilo das suas informações que deverão ser analisadas exclusivamente para fins deste projeto.

Em qualquer etapa da pesquisa é possível solicitar informações a pesquisadora responsável do Projeto, a assistente social **Gabriela de Araujo Spotorno** pelos telefones (53) 32338853.

Eu \_\_\_\_\_ declaro que fui informado(a) dos objetivos e do propósito desta pesquisa de maneira clara e detalhada e, estou de acordo em participar da mesma. Recebi informações a respeito da pesquisa e tive minhas

dúvidas esclarecidas. Fui informado(a) que minha identidade será mantida em sigilo e que as informações gravadas será mantida em caráter confidencial. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim achar necessário, sem penalidades ou prejuízo no meu atendimento neste serviço.

Declaro que recebi cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

---

Nome	Assinatura do participante da pesquisa	Data
------	--	------

---

Nome	Assinatura do pesquisador	Data
------	---------------------------	------



APÊNDICE VIII  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE  
PACIENTE E FAMILIARES

Prezado Sr(a). Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **Análise da política “HumanizaSUS” de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul a partir da Adesão à EBSEERH.**

Esta pesquisa tem como objetivo analisar o processo de efetivação da Política de Humanização em um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul a partir da adesão à EBSEERH.

Segundo o Plano Diretor Estratégico –PDE do HU/FURG/EBSEERH um dos modelos que representam o maior percentual de oportunidade de melhoria, é a humanização da saúde (34%), sendo buscado neste estudo os fundamentos, condicionamentos e limites da implementação da PNH, a fim de viabilizar esta melhoria.

Solicitamos, portanto, sua colaboração neste projeto concordando em participar da pesquisa através de um questionário, e/ou entrevista semi-estruturada e/ou de um grupo focal elaborado pela pesquisadora com duração prevista de até 30 minutos para a entrevista, e, no caso do grupo focal, de até 1h30min. A entrevista e/ou grupo serão gravados pela pesquisadora para posterior transcrição dos dados (no computador) e, após, a análise do conteúdo será deletada.

Sua participação é completamente voluntária e não tem nenhuma relação com o atendimento que você vem recebendo neste hospital, isto é, se você não participar seu atendimento continuará sendo feito normalmente. Também não implica em despesas de nenhum tipo bem como nenhuma compensação financeira e você poderá desistir de participar a qualquer momento.

Para publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida em sigilo, sendo omitidos todas as informações que permitam identificá-lo(a). Garantimos ao(à) Sr.(a) o completo sigilo das suas informações que deverão ser analisadas exclusivamente para fins deste projeto.

Em qualquer etapa da pesquisa é possível solicitar informações a pesquisadora responsável do Projeto, a assistente social **Gabriela de Araujo Spotorno** pelos telefones (53) 32338853.

Eu \_\_\_\_\_ declaro que fui informado(a) dos objetivos e do propósito desta pesquisa de maneira clara e detalhada e, estou de acordo em participar da mesma. Recebi informações a respeito da pesquisa e tive minhas dúvidas esclarecidas. Fui informado(a) que minha identidade será mantida em sigilo e que as informações gravadas será mantida em caráter confidencial. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim achar necessário, sem penalidades ou prejuízo no meu atendimento neste serviço.

Declaro que recebi cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

---

Nome	Assinatura do participante da pesquisa	Data
------	--	------

---

Nome	Assinatura do pesquisador	Data
------	---------------------------	------