

A humanização como diretriz reorganizativa da política e das práticas em saúde¹

Humanization as a restructuring guideline to policy and practice in health

Adriana Maiarotti Justo²

Resumo: As reformas no sistema de saúde brasileiro ganharam importantes redefinições mediante as propostas realizadas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, bem como pela incorporação na Constituição Federal de 1988, de princípios e diretrizes que consolidaram o arcabouço jurídico-legal do Sistema Único de Saúde, redefinindo os rumos da política de saúde no país. Entretanto, a agenda reformista que deu origem à criação do SUS se confrontou com limites de distintas matrizes, limites estes que ainda impõem importantes desafios à operacionalização do SUS. Dentre estes, a fragmentação e verticalização com que as práticas de saúde são estruturadas são referenciadas pelo artigo como importantes complicadores à atenção integral prevista no texto constitucional. Nessa perspectiva, busca-se analisar as possíveis contribuições da Política Nacional de Humanização aos desafios postos ao SUS, bem como compreender em que medida a implementação dos princípios e diretrizes constitucionais redesenharam o perfil de intervenção do Estado na área da saúde.

Palavras-chave: Reforma sanitária; cuidado; política de saúde; política de humanização

Introdução

O processo de reformas do sistema de saúde brasileiro ganhou importantes contornos a partir das últimas décadas do século XX, mediante os debates e propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e a posterior incorporação de princípios e diretrizes na Constituição Federal de 1988, que consolidaram o arcabouço jurídico-legal do Sistema Único de Saúde (SUS) no país.

Desde então, foram implementadas mudanças significativas no sistema nacional de saúde, expressas em um conjunto de elementos reorganizativos dos processos e práticas que instituíram a saúde como direito universal e igualitário, garantido mediante políticas sociais e econômicas, voltadas à redução de riscos de doenças e outros agravos. (Brasil, 1988)

¹ Agradeço e dedico este artigo à Profª Drª Mônica Senna, minha orientadora. Suas valiosas contribuições foram essenciais para engrandecer o debate desenvolvido nesse trabalho. Agradeço pela generosidade, estímulo e confiança, obrigada!

² Psicóloga. Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal Fluminense-RJ. Tel. (21) 9979-7937/3217-1511. E-mail: adrianamjusto@gmail.com

A Constituição Federal regulamentou as bases legais para que as ações e serviços de saúde integrassem uma rede regionalizada e hierarquizada, constituída por um sistema único, organizado mediante as diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação comunitária. (Brasil, 1988)

A lei 8.080/90 evidenciou a centralidade de uma concepção de saúde ampliada e complexificada proveniente dos debates do movimento de reforma sanitária que vinha sendo difundido pelo país. Assim, a saúde passou a ser compreendida para além de seus aspectos exclusivamente biológicos, tendo sua concepção alargada para incorporar determinantes e condicionantes mais amplos, tais como, alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros. (Brasil, 1990a)

Ainda no mesmo ano, a promulgação da lei 8.142/90 estabeleceu as formas de participação comunitária e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. (Brasil, 1990b)

Entretanto, já é bastante difundido na literatura que analisa os rumos do SUS o reconhecimento de que sua implementação se deu em um contexto bastante adverso, marcado por crises econômicas e adoção de medidas voltadas ao ajuste estrutural da economia, com reflexos fortemente restritivos sobre os gastos públicos, notadamente na área social. Nesse contexto, a agenda reformista que deu origem à criação do SUS se confrontou com limites de distintas ordens, trazendo constrangimentos ao alcance da reforma inicialmente pretendida.

Nessa perspectiva, as iniciativas de reforma no sistema nacional de saúde, apesar de terem obtido êxito em muitas de suas propostas, ainda apresentam importantes desafios à sua operacionalização. Do ponto de vista que se pretende discutir nesse artigo, merece destaque o desafio da implantação de mudanças que, de fato, alterem o modelo de atenção à saúde historicamente construído no país. O que se quer enfatizar é que, se a implementação dos princípios de universalização, descentralização e participação social redesenharam os contornos do perfil da intervenção do Estado na área da saúde, a fragmentação e verticalização com que as práticas de saúde são estruturadas ainda engendram importantes complicadores à atenção integral prevista no texto constitucional.

Nas duas últimas décadas, um conjunto de medidas tem sido adotado na perspectiva de promover mudanças no modelo de atenção à saúde no Brasil. Tais medidas passam pela introdução de alterações em diversas esferas do campo da saúde, passando pelo processo formador e de capacitação dos profissionais da área, pelas formas e mecanismos de financiamento e gestão setorial e ainda pela adoção de políticas e programas voltados à revisão da produção do cuidado em saúde na busca da integralidade. Nesse contexto, ganha destaque a Política Nacional de Humanização (PNH).

A PNH se apresenta como estratégia reorganizativa das práticas e do sistema de saúde, na medida em que reafirma a saúde como proteção social inscrita no campo dos direitos sociais e da construção de cidadania, reforçando ainda a equidade e o respeito às diferenças sociais, culturais e subjetivas entre os cidadãos.

Tal entendimento possibilita qualificar o debate quanto à necessidade de que a universalização da atenção em saúde também considere e institua como universal a atenção às diversas dimensões dos cidadãos, em cada uma de suas especificidades e necessidades, com vistas a fortalecer, de fato, orgânica, social, cultural e subjetivamente a cidadania social.

Esse processo é, todavia, atravessado por inúmeros desafios. De fato, as iniciativas de reorientação das práticas em saúde na busca por uma atenção integral, mais horizontal e que contemple a complexidade das dimensões biológicas, sociais e subjetivas no cuidado em saúde não são simples de serem operadas.

Nessa perspectiva, este artigo se propõe, a partir de revisão bibliográfica sobre o tema humanização e sua interface com a política de saúde, apresentar alguns elementos que contribuam para o debate sobre os principais desafios à implementação das diretrizes contidas na Política Nacional de Humanização. Trata-se, portanto, de um ensaio teórico, realizado a partir da revisão bibliográfica sobre humanização.

A escolha por tal política, em detrimento de outras, se fundamenta pela compreensão de que esta busca operar no hiato entre as práticas historicamente construídas, que se ocupavam do cuidado em saúde apenas em sua dimensão biológica, e as práticas que vêm sendo estimuladas, em consonância com a compreensão de saúde ampliada, que contempla além da função orgânica, as funções sociais, culturais, subjetivas, dialógicas e relacionais que perpassam as práticas de assistência e a gestão do sistema e serviços de saúde.

O conceito de saúde pós-Constituição de 88

A inscrição do SUS no texto constitucional representou um marco importante na defesa da saúde como direito universal e dever do Estado. Ao mesmo tempo, os capítulos da Constituição Federal de 1988 que tratam da saúde pautaram-se em uma concepção ampliada do processo saúde-doença, dando ênfase a seus determinantes sociais.

Incorporar esse novo conceito de saúde ao cotidiano da gestão e das práticas de saúde não é, contudo, tarefa simples. Perspectiva cara ao movimento em defesa da reforma sanitária brasileira, a concepção ampliada de saúde ainda esbarra em noções e práticas reducionistas que marcaram a trajetória da atenção sanitária no país.

Dentre alguns dos desafios postos à operacionalização de ações imbuídas de ancorar práticas calcadas em um entendimento ampliado de saúde, pode-se apontar o contexto político e cultural historicamente

constitutivo do país, fortemente marcado pelo centralismo, autoritarismo e verticalização.

Todavia, é possível reconhecer que as inquietações e investigações quanto aos processos e práticas nesse campo ganharam importantes e renovados contornos. A relevância conferida aos processos sociais, culturais, relacionais e subjetivos passa assim a ser problematizada por inúmeras produções teóricas e investigativas.

Diversos autores têm focado o processo de trabalho em saúde, como alguns dos desafios à construção de um novo modo de fazer na área. Tal perspectiva ancora-se no exame dos micro-processos de trabalho em sua articulação com aqueles mais amplos que condicionam a própria organização do sistema de saúde.

Sá problematizando o trabalho de outros autores aponta a relevância de serem questionadas as práticas que consolidam a hegemonia do modelo médico, como outro desafio posto à reorganização do sistema de saúde do país.

Uma perspectiva importante para a discussão da reestruturação produtiva em saúde e, particularmente, para a dimensão relacional, intersubjetiva, do trabalho em saúde é desenvolvida por Emerson Merhy, que vem apontando em seus trabalhos a perda da dimensão cuidadora na produção em saúde, imposta pelo modelo médico hegemônico, que tende a 'coisificar' a relação entre trabalhadores de saúde e usuários. (Sá, 2005, p.58)

Merhy (2004) interroga o modelo médico hegemônico que transversaliza as práticas de saúde, o qual referencia, ainda em muitos momentos, a centralidade médica. Entretanto, o questionamento quanto à centralidade não se restringe ao profissional médico, mas a qualquer profissional de saúde, uma vez tal condicionalidade desfavorece a multacentralidade desejada à superação de ações verticalizadas e pouco perceptíveis à complexidade dos fatores determinantes e condicionantes da saúde.

Um dos pontos fundamentais da análise empreendida por Merhy (2004) inscreve-se na identificação da insatisfação dos usuários com o sistema de saúde apesar do crescimento e incorporação de novas tecnologias. O autor aponta a prevalência de 'tecnologias duras' na atenção em saúde (assentadas na incorporação incessante de equipamentos principalmente na área de apoio diagnóstico), em detrimento de práticas que aliadas a estas, contemplem tecnologias mais sutis como as 'tecnologias leves e/ou leveduras'.

As 'tecnologias duras' são apontadas pelo autor como fundamentais e necessárias, porém não suficientes, na medida em que se referem apenas ao aparato técnico/instrumental, não contemplando, dessa maneira, a dimensão relacional e dialógica referenciadas a uma tecnologia "menos dura do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho e que está presente nas atividades de saúde, que denominamos de leveduras". (Merhy, 2004, p.113)

Ayres (2001, p.69) também enfatiza o tecnicismo predominante nas práticas de saúde, na medida em que identifica que “se examinarmos com atenção o sucesso que, independente do quanto o percebamos e o desejemos, tem orientado nossas práticas, veremos que ele se confunde flagrantemente com êxito técnico”.

Yepez e Morais (2004, p.86) contribuem com tal discussão referenciando as diversas dimensões a serem consideradas pelas práticas em saúde, na medida em que na nova conjuntura social e em saúde, estas buscam ser entendidas como ações que “não têm apenas uma dimensão técnica, sendo ao mesmo tempo práticas sociais complexas, perpassadas pela dimensão cultural, econômica, política e especialmente ideológica”.

Benevides e Passos (2005b) debatem a relevante direcionalidade que a ampliação do conceito de saúde coloca à organização e às práticas em saúde, referenciando a necessidade de serem resignificadas ações que priorizem exclusivamente o binômio queixa-conduta.

A crítica ao formato unidimensional de escuta do sofrimento/demanda impresso pelo então conhecido binômio queixa-conduta, reflete de maneira expressiva o esforço em superar práticas de esvaziamento das relações e de vínculos dialógicos e relacionais entre profissionais de saúde e usuários do sistema.

Nessa perspectiva, para além de um cuidado que se ocupe unicamente da queixa ou debilidade biológica, busca-se contemplar nas práticas em saúde, a atenção integral, orientada a considerar as peculiaridades, ofertando suporte eficiente às múltiplas demandas de cada um dos cidadãos.

Ayres (2001, p.63) enriquece tal debate acrescentando que nos processos e práticas em saúde “(...) defende-se o caráter relacional, pragmático e reconstrutivo das identidades subjetivas, contra o caráter individualista, apriorístico e objetificado prevalente nas práticas do setor”.

Entretanto, a identificação das múltiplas demandas dos cidadãos não se apresenta como tarefa simples, que se dá por uma pura e simples anamnese, comumente realizada para identificação de necessidades biológicas em saúde; tais demandas necessitam de espaços intercessores dialógicos confiáveis e permeáveis à escuta das diversas dimensões que compõem a vida de cada um dos indivíduos e que, conforme o texto legislativo, conformam-se em fatores determinantes e condicionantes à saúde.

Não obstante, Merhy (2004) enfatiza o caráter destrutivo das relações objetificadas, ou seja, aquelas que compreendem os indivíduos como meros objetos de intervenção, e enfatiza que nos modelos assistenciais predominantes hoje na saúde, no Brasil, as relações entre usuários de serviços de saúde e trabalhadores se consolidam em espaços preenchidos pela ‘voz’ do trabalhador e ‘mudez’ dos usuários.

Campos (2005, p.398) também problematiza as relações estabelecidas nos serviços de saúde afirmando que “sem dúvida, há um processo de burocratização e, em muitos casos, até mesmo de

embrutecimento das relações interpessoais no SUS, quer sejam relações entre profissionais, quer sejam destes com os usuários”.

Teixeira (2005) apresenta a idéia de conversação entre profissionais e usuários do sistema, como uma forma de problematizar as relações entre esses atores “O trabalho em saúde possui uma natureza eminentemente conversacional (...) passei a tratar as redes de serviços de saúde como grandes redes de conversações”.

Em complementação a esse debate, a problematização acerca da gestão dos processos e práticas em saúde apresenta-se fundamental à qualificação de um conceito ampliado de saúde. O debate realizado por Benevides e Passos (2005a, p.392) aponta a inseparabilidade entre as práticas de assistência e sua respectiva gestão.

Cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõe, na verdade, uma só realidade, de tal forma que não há como mudar os modos de atender a população num serviço de saúde sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação.

Diante da relevância de serem reformulados os processos e práticas na gestão, bem como na assistência em saúde, e mediante os preceitos da integralidade, com a devida relevância às diversas dimensões que compõem a vida e o cotidiano dos cidadãos, a humanização é referenciada como estratégia à nova concepção de cuidado que se almeja imprimir no sistema de saúde do país.

Assim, compreendendo a humanização como estratégia reorganizativa dos processos e práticas de gestão e de assistência, entende-se ser imprescindível que esta seja contemplada transversalmente ao sistema de saúde, afirmando a “necessidade de adotar a humanização como política transversal que atualiza um conjunto de princípios e diretrizes por meio de ações e modos de agir nos diversos serviços”. (Benevides e Passos, 2005a, p.393)

Sobre o conceito de Humanização e sua relação com a Política de Saúde

Para Ayres (2005, p.557) “humanização... aspira, assim, a uma ampliação de horizontes normativos capazes de escapar à restrição da conceituação de saúde e ao problema tecnocientífico estrito dos riscos, disfunções e dismorfias”. O autor ainda complementa.

Como um ideal de construção de uma livre e inclusiva manifestação dos diversos sujeitos no contexto da organização das práticas de atenção à saúde, promovidas por interações sempre mais simétricas, que permitam uma compreensão mútua entre seus participantes e a construção consensual dos seus valores e verdades. (Ayres, 2005, p.557)

Benevides e Passos (2005, p.390) trazem sua contribuição à conceituação do tema da humanização, criticando o conceito-sintoma que ela adquiriu. “... Nesse sentido, é possível afirmar que a humanização ganha, no início do ano 2000, um aspecto de conceito-sintoma. Estamos chamando de conceito-sintoma a noção que paralisa e reproduz um sentido já dado”. Assim, os autores alertam que:

Se partirmos da crítica do conceito-sintoma, concluímos afirmando que a humanização como conceito-experiência que, ao mesmo tempo, descreve, intervêm e produz a realidade nos convocando para mantermos vivo o movimento a partir do qual o SUS se consolida como política pública, política de todos, política para qualquer um, política comum. (Benevides e Passos, 2005a, p.393)

Mediante essa perspectiva, os autores compreendem por humanização “(...) menos a retomada ou revalorização da imagem idealizada d’o homem e mais a incitação a um processo de produção de novos territórios existenciais”. (Benevides e Passos, 2005b, p.570)

Os autores ainda contribuem explicitando que “o humano não pode ser buscado ali onde se define a maior incidência dos casos ou onde a curva normal atinge sua cúspide: o homem normal ou o homem-figura-ideal, metro-padrão que não coincide com nenhuma experiência concreta”. (Benevides e Passos, 2005a p.391)

Seguindo as reflexões que se ocupam da humanização, Campos (2005, p.399) ilumina uma discussão embasada em sua experiência, afirmando que “a humanização tem relação estreita com dois outros conceitos muito fortes em meu percurso como pesquisador e sanitarista: o de defesa da vida e o de Paidéia”.

O autor conceitua a defesa da vida como um objetivo permanente e que não pode ser esquecido pelos homens, devendo ser este o foco central da vida e das práticas de saúde. Não contrário, mas complementar, o conceito de Paidéia mobiliza os modos e maneiras para o desenvolvimento integral dos seres humanos, incitando o movimento pela busca de novas formas de cuidado com os indivíduos.

Mediante tais conceituações pode-se concluir que a humanização se consolida pela atenção ampliada, valorização das potencialidades e respeito às fragilidades e singularidades. Humanizar, nesse sentido, se direciona a oferecer espaço produtivo e acolhedor para que cada cidadão possa combinar suas potencialidades com ajustamento criativo, favorecendo assim o alcance às suas necessidades.

Os Programas e a Política Nacional de Humanização do SUS

Como embriões de estratégias que se ocupassem da dimensão da humanização no Brasil, no ano de 1999 encontram-se o Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde; a Carta do Usuário e o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH. Tais propostas, ainda embrionárias no campo da

saúde, surgiram como importantes bases para discussões futuras nesse campo de reflexões.

Outros programas foram propostos pelo Ministério da Saúde no ano 2000, como iniciativas em prol da humanização. Entre eles, pode-se citar o Programa de Humanização do Pré-Natal, as Normas de Atenção ao Recém Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, e o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar – PNHAH.

O Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar – PNHAH foi regulamentado em 2000, e as discussões acerca da humanização ganharam importância nas agendas públicas de saúde. Segundo Deslandes (2004), o PNHAH se constitui uma experiência singular, dentre as demais iniciativas de humanização, uma vez que propôs uma nova cultura do cuidado à população.

O objetivo do PNHAH seria “aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais (campo das interações face-a-face) e entre hospital e comunidade (campo das interações sociocomunitárias), visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por estas instituições”. (MS, 2000 apud Deslandes, 2004, p.8)

A autora descreve ainda quatro eixos discursivos presentes no PNHAH. O primeiro se refere a ‘humanização como oposição à violência’, sendo esta física, psicológica, ou simbólica. O segundo eixo se relaciona a ‘capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento’. (Deslandes, 2004)

O terceiro eixo apresenta a necessidade de ‘melhoria das condições de trabalho do cuidador’, apontando a necessidade de atenção aos profissionais de saúde. E o quarto e último eixo enfatiza a necessidade de ‘ampliação do processo comunicacional’. (Deslandes, 2004)

Ainda no ano 2000, a XI conferência nacional de saúde (CNS) anunciava em sua temática ‘Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social’. As discussões que surgiam dessa conferência, ainda que timidamente, lançaram luz à importante discussão acerca da humanização no cuidado.

Entretanto, dois problemas importantes ainda persistiam, a banalização do tema da humanização e a fragmentação das práticas ligadas aos diferentes programas nessa área. “Na verdade, trata-se de um mesmo problema em uma dupla inscrição teórico-prática, daí a necessidade de enfrentarmos a tarefa de redefinição do conceito de humanização, bem como dos modos de construção de uma política pública e transversal de humanização da/na saúde” (Benevides e Passos, 2005b, p.5).

Assim, mediante a promulgação da Política Nacional de Humanização, propõe-se que o conceito de humanização permeie as práticas de saúde, nos diversos níveis de atenção, favorecendo com que a atenção em saúde seja humanizada e integral às necessidades individuais e coletivas da população.

Benevides e Passos (2005a, p.393) reforçam a necessidade de um entendimento e construção política em torno do tema da humanização

O risco de tomarmos a humanização como mais um programa seria o de aprofundar relações verticais em que são estabelecidas normativas que devem ser aplicadas e operacionalizadas, o que significa, grande parte das vezes, efetuação burocrática, descontextualizada e dispersiva, por meio de ações pautadas em índices a serem cumpridos e metas alcançadas independentes de sua resolutividade e qualidade.

A política inscreve assim a relevância de ser compreendida como política pública transversal, “entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva” (Brasil-PNH, 2004, p.7).

A PNH entende a humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde e; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (Brasil-PNH, 2004).

Em suma, a PNH entende a humanização como uma estratégia de resignificação dos processos e práticas em saúde, bem como instrumento de transformação social, na medida em que enfatiza o protagonismo e co-responsabilização dos atores envolvidos em todo o processo, acreditando que “sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo” (Brasil-PNH, 2004, p.8).

Dessa forma, a PNH enquanto política se propõe a traduzir os princípios do SUS em modos diferentes de assistência, favorecer trocas solidárias que visem a produção de saúde e de sujeitos, destacar o aspecto subjetivo nas práticas de saúde e, contagiar gestores, usuários e profissionais com ações humanizadoras. (Brasil-PNH, 2004)

Mediante tal compreensão acerca dos processos e práticas da gestão e da assistência em saúde, a PNH apresenta como alguns de seus princípios norteadores:

valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc); fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a

transversalidade e a grupalidade; apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente”. (Brasil-PNH, 2004, p.17)

Alguns desafios ao campo da Humanização

Desafios não precisam ser ameaçadores, ou mesmo paralisantes do movimento em prol de modificações na gestão e nas práticas em saúde, todavia, desafios podem ser molas propulsoras que orientem o caminho, instigando a busca por soluções, orientando o foco de atuação.

Entretanto, conforme lembra Minayo (2008, p.53), a recriação implica em mudanças e “mudar constitui um processo difícil que supõe nascimento de novos brotos, flores e frutos e, perdas”. Qualquer mudança social e institucional é um fenômeno simultaneamente histórico, coletivo e relacional, de ganhos e perdas, que ocorre por meio de uma dinâmica estabelecida entre os atores, que contempla consensos, mas também contradições e conflitos.

Alguns dos primeiros desafios que podem ser apontados à operacionalização das propostas de um cuidado humanizado são referenciados à: banalização e fragilidade do tema da humanização e, a fragmentação das práticas ligadas a diferentes programas de humanização.

Quanto a banalização e fragilidade do tema da humanização, Benevides e Passos (2005a, p.390) entendem que “a humanização, expressa em ações fragmentadas e numa imprecisão e fragilidade do conceito, vê seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo”.

As reflexões de Sá (2005, p.67) apontam para problemas teórico-metodológicos que devem ser enfrentados quanto ao termo humanização, com vistas a considerar sua banalização e fragilidade. A autora enfatiza que este pode ser gerador de uma “opacidade, de desconhecimento/de ilusão”, uma vez que não reconhece os “processos de discriminação social, desprezo e indiferença que permeiam a sociedade contemporânea e os serviços de saúde, subtraindo assim as desigualdades que permeiam esse contexto”.

Nessa perspectiva, Sá (2005, p.68) problematiza a complexidade da natureza humana, uma vez que se o ser humano fosse essencialmente bom, as intervenções voltadas para a humanização deveriam se apoiar apenas em estratégias pedagógicas de capacitação de pessoal, favorecedoras de uma recíproca bondade entre os atores sociais.

Mais do que sua 'polissemia' ou imprecisão conceitual, o problema principal com o conceito de humanização reside, acredito, na sua inadequação para designar o que pretende (...). Se o ser humano é essencialmente bom, basta orientá-lo, educá-lo, sensibilizá-lo para o exercício desta bondade para com o próximo.

Quanto ao segundo desafio apontado à humanização, ou seja, a fragmentação das práticas ligadas a diferentes programas, Benevides e Passos (2005a) apontam que a forma como a humanização vem permeando tais práticas, não favorece a sua incorporação pelo sistema, uma vez que vem sendo operacionalizada mediante tentativas isoladas, dificultando sua absorção em âmbito global.

Assim, a humanização aparece segmentada por áreas - saúde da mulher, saúde do idoso; identificada a certas profissões - psicólogos, assistentes sociais; caracterizada pelo gênero do profissional - mulheres; e orientada para as exigências do mercado - foco no cliente.

Além dos desafios da banalização e fragilidade do tema da humanização e da fragmentação dos programas e práticas em saúde, outros entraves se apresentam, dentre estes podem ser apontados a formação dos profissionais de saúde e a dinâmica social contemporânea.

Teixeira (2005) aponta a formação dos profissionais de saúde como um dos entraves ainda presentes para um cuidado humanizado. O autor referencia a importância em ser repensada a formação de tais profissionais, apontando para um cuidado à saúde que vislumbre as dimensões subjetiva, social e cultural dos seres humanos.

O modelo médico hegemônico que permeia as práticas no campo de saúde, também se presentifica na formação dos profissionais dessa área, favorecendo com que aqueles que saem das academias adquiriam, na maioria dos casos, um olhar mais aguçado aos processos biológicos do cuidado.

A visão exclusivamente biológica do ser humano provoca ruídos na rede de relações do trabalho em saúde. A busca por uma equipe multidisciplinar perde sua finalidade quando apenas o profissional médico passa a ser valorizado, em detrimento dos demais profissionais da equipe.

Não obstante, o debate que considera a dinâmica social contemporânea deve ser referenciado como dificultador de ações no campo da humanização, na medida em que tal contexto social/cultural no qual se encontram as práticas de saúde encontra-se intimamente relacionado e influenciado pela sociedade na qual se inscreve.

Segundo Sá (2005) por contexto social/cultural pode ser entendido todo o campo que envolve as ações e pensamentos de uma sociedade. O referido campo é composto pela cultura local, pelos hábitos de seus cidadãos, pelo tipo de organização econômica, pelas regras de convivência, pela maneira como a saúde é entendida pelos profissionais e usuários, e pelas inúmeras formas de organização social e de convivência estabelecidas socialmente.

Assim, é importante reiterar que cada sociedade, em cada momento histórico, possuirá sua maneira singular de cuidar de seus doentes, de enfrentar seus conflitos e embates políticos e, ainda, uma compreensão peculiar acerca do cuidado à saúde a ser ofertado à sua população. (Sá, 2005)

Alguns dos desafios e peculiaridades que se apresentam no cotidiano dos cidadãos na sociedade contemporânea foram discutidos por Sá (2005, p.22)

Junto com fatores mais gerais, relacionados às modalidades predominantes de subjetivação na sociedade contemporânea - particularmente a intensificação do individualismo, da exclusão social, da intolerância e da violência - as próprias condições (geralmente extremamente precárias) de funcionamento dos serviços públicos de saúde e as características do modelo assistencial vigente, impõem sérias limitações ao trabalho em saúde e à possibilidade de cooperação e desenvolvimento de práticas de saúde solidárias e comprometidas com o cuidado com a vida.

Assim, alguns modos de subjetivação e padrões de sociabilidade apontados por Sá (2005) presentes na sociedade contemporânea, podem ser identificados pelo: individualismo, exclusão social, intolerância e violência.

Partindo do debate apresentado pela autora, o primeiro fenômeno se refere ao individualismo, movimento que implica ao isolamento social, desprezo, indiferença, e manutenção de relações instrumentais. Nesse movimento, a dinâmica social fica enfraquecida, desestimulando processos de coesão e reivindicação social por melhores condições de vida e conseqüente melhor assistência à saúde. (Sá, 2005)

O segundo fator apresentado como característica da sociedade contemporânea é a exclusão social. Em uma sociedade constantemente ameaçada pelo aumento do desemprego, e pela necessidade de adesão à empregos não formais, o empobrecimento da população é inegável, destituindo de poder, vocalização e cidadania a população. (Sá, 2005)

Sá (2005, p.20) aponta tais desigualdades na sociedade contemporânea como fatores que dificultarão a busca pela humanização nas práticas do campo da saúde.

Nas últimas décadas aumentaram as desigualdades sociais, o empobrecimento da população é crescente e a violência urbana atingiu um patamar jamais visto e insuportável. Este quadro produz efeitos perversos no sistema de saúde que se somam a dificuldades de constituição e coordenação de uma rede pública de serviços que garanta o acesso a todos os níveis de assistência.

A terceira característica apontada por Sá (2005) se refere à intolerância. Intolerância esta, que pode ser relacionada à falta de respeito mútuo entre os cidadãos, bem como a negação das singularidades e

peculiaridades de cada indivíduo.

A quarta e última característica que interpola o campo da humanização, mediante a dinâmica social contemporânea, encontra-se representada pela crescente violência, seja esta em suas diversas e diferentes facetas, ou seja, explícita, velada, física ou psicológica. (Sá, 2005)

Diante de tais considerações podemos apontar que o individualismo, a exclusão social, a intolerância e a violência crescente, fatores presentes na sociedade contemporânea, são expressões da fragilidade dos vínculos sociais, desfavorecendo além das relações entre os cidadãos, a dinâmica relacional entre os profissionais de saúde e usuários dos serviços.

Assim, mediante a complexidade do contexto social contemporâneo, que não se encerra nas características acima apresentadas, torna-se substancial compreender a impossibilidade de que a humanização das ações em saúde possa ser alcançada mediante apenas medidas normativo-prescritivas.

Dessa forma, entende-se como necessário que estudos nesse campo estejam comprometidos a investigar a dinâmica do contexto social, bem como o engendramento das relações postas entre profissionais e usuários, com vistas a valorizar e qualificar processos e práticas de gestão e assistência em saúde comprometidas com a proteção e cidadania social.

Considerações finais

Alguns desafios à um cuidado humanizado no campo da saúde foram apresentados ao longo desse artigo, dentre eles pode-se apontar: a forma como as relações são estabelecidas nas práticas de assistência, a organização do sistema e serviços de saúde, a banalização e fragilidade do tema da humanização, a fragmentação das ações e programas nessa área, a priorização da dimensão biológica do homem em detrimento da subjetiva e social e os modos de subjetivação e padrões de sociabilidade característicos da sociedade contemporânea.

A busca por um cuidado integral à saúde do ser humano, princípio de integralidade presente na constituição de 1988, pressupõe além do cuidado ao seu corpo físico, reconhecer a relevância das emoções, expectativas e contexto social/cultural como fatores importantes na produção do cuidado em saúde.

Entretanto, as discussões acerca de processos e práticas de gestão e assistência comprometidas com os preceitos da humanização e da PNH não devem se deter ao campo da saúde, uma vez que este se encontra inserido em uma dinâmica social complexa, sendo o sistema de saúde parte constituinte desta.

A humanização se apresenta assim, como uma complexa teia de inter-relações, que necessitam ser construídas, a cada dia, a cada instante, no convívio entre profissionais e usuários, ou melhor, entre os cidadãos.

Sem estabelecer protocolos, a humanização no cuidado à saúde, ou no cotidiano da sociedade, carece aguçar as reflexões acerca de seu tema. Mais do que normatizar, é preciso ouvir, respeitar, cuidar e construir, em detrimento de individualizar, excluir, violentar ou julgar as diversas demandas de cada um dos atores envolvidos no processo de saúde, sejam estes os que cuidam, ou aqueles que buscam o cuidado.

Dessa forma, inserir o tema da humanização nas agendas de discussão no campo da saúde e na cultura que permeia a sociedade contemporânea requer tempo, espaço e disponibilidade de todos para o contato com o mundo e as pessoas ao redor.

Humanizar, assim, se apresenta mais do que uma utopia para o cuidado à saúde da população, mas uma necessidade urgente para que cada um dos usuários e profissionais do sistema sejam reconhecidos em sua humanidade, essência e totalidade.

Nessa perspectiva, deseja-se que este artigo possa contribuir ao debate do campo da humanização, e que das reflexões aqui apresentadas possam brotar inúmeras inquietações, uma vez que são estas, as inquietações, que movimentam e geram possibilidades inovadoras à velhas práticas que se almejam superar.

Mas, principalmente, deseja-se que o caminho a ser percorrido pelo campo das políticas públicas seja guiado pelo respeito às singularidades, acolhimento às dificuldades e valorização das potencialidades de cada um dos cidadãos brasileiros.

Abstract: The reforms of the Brazilian health system gained important redefinitions following the proposals made during the 8th National Conference on Health, and the incorporation into the 1988 Federal Constitution of principles and guidelines consolidating the legal understructure of the Unified Health System, which redefined the direction of health policies in the country. However, the reformist agenda that led to the creation of SUS was confronted with limitations of different orders, which still pose significant challenges to the operation of the SUS. Among these, the fragmentation and verticalization of health practices are underlined in the article as important complicators to integral healthcare as prescribed by the Constitution.. From this perspective, this article seeks to analyze the possible contributions of the National Humanization Policy to the challenges faced by the SUS and to understand how the implementation of constitutional principles and guidelines have redesigned the profile of state intervention in health.

Key words: Health care reform; care; health policy; humanization policy.

Bibliografia

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde.** Ciência e saúde coletiva, jul./set., vol.6, nº 1, p.63-72, 2001

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Hermenêutica e humanização das práticas de saúde.** Ciência e saúde coletiva, jul./set., vol.10, nº3, p.549-560, 2005.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. **Humanização na saúde: um novo modismo?** Interface (Botucatu), mar./ago., vol.9, nº 17, p.389-394, 2005^a.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde.** Ciência e saúde coletiva, jul./set., vol. 10, nº3, p.561-571, 2005b.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, D.F., 1988.

BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, D.F.: Diário oficial da união, 20 set. 1990.

BRASIL.**Lei nº8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, D.F.: Diário Oficial da União, 31 dez. 1990.

BRASIL. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. 1^a edição, 1^a reimpressão, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?** Interface (Botucatu), mar./ago., vol.9, nº 7, p.398-400, 2005.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência.** Ciência e saúde coletiva, vol.9, nº 1, p.7-14, 2004.

MERHY, Emerson Elias. **Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde.** Cadernos de texto - Ver SUS, Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

MINAYO. M.C. **Mudança: Conceito-Chave para Intervenções Sociais.** In: Avaliação por Triangulação de Métodos, cap. 1, Ed. Fiocruz, 2008.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. **Humanização e atenção primária à saúde.** Ciência e saúde coletiva, jul./set., vol. 10, nº3, p.85-597, 2005.

SÁ, Marilene de Castilho. **Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência.** Tese (Doutorado em

Psicologia Social)- Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

TRAVERSO-YEPEZ, Martha e MORAIS, Normanda Araújo de. **Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento.** Caderno de saúde pública, jan./fev., vol.20, nº1, p.80-88, 2004.