

HUMANIZAÇÃO¹

Tainá Souza Caitete

O vocábulo “humanização²”, como aponta Deslandes (2006, p. 45) “hoje se constitui como inegavelmente interdisciplinar e polissêmico”. Aqui, neste verbete³ cabe abordar a humanização precisamente na Política Nacional de Humanização (PNH) e sua relação com o Serviço Social. Neste texto trataremos sobre o processo de constituição da PNH, além de trazer algumas breves linhas na tentativa de abrir um espaço de diálogo com as colegas assistentes sociais, a partir da identificação de que esta categoria profissional tem sido chamada para a implementação de muitas das ações propostas na PNH, mas que como nos alerta os “Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na saúde”, precisam estar alinhadas aos princípios do Projeto da Reforma Sanitária e Ético-Político do Serviço Social, numa concepção ampliada de humanização, se não quiser resvalar em “saídas” rasteiras para realidades complexas.

Em 2023, a Política Nacional de Humanização completa 20 anos.⁴ De lá pra cá, muitas mudanças foram operadas no país com o fim do pacto de concertação social dos governos petistas, após o golpe de Estado de novo tipo, que prescindindo do uso da força, “por meio dos próprios dispositivos do regime expressou, portanto, sob certo ângulo, a própria força da democracia blindada” que retirou Dilma Rousseff da presidência (DEMIER, 2017, p. 96) e que colocou o ilegítimo Temer na condução do Executivo Federal, orquestrando uma série de medidas que demonstram a voracidade do capital na implementação das contrarreformas, sendo as principais delas: a Lei nº 13.429/2017, da Terceirização, a Lei nº 13.467/2017, nomeada Trabalhista, que altera profundamente a CLT, e a Emenda Constitucional-95 (Lei do Teto de Gastos), que retira direitos e reduz a participação do fundo público, e portanto, do Estado nas políticas sociais públicas. Em um cenário no qual o neofascismo e neoconservadorismo ganham cada vez mais terreno, elege-se Bolsonaro, que após a pandemia de Covid-19 será lembrado nos Anais da História como genocida. O seu governo é marcado por denúncias de corrupção, pela contrarreforma da previdência de 2019, pelo aprofundamento das políticas de austeridade da agenda ultraneoliberal, que em meio à crise sanitária do Covid-19 acentuou o abismo social entre ricos e pobres e produziu um cenário desolador, catastrófico, em especial para a parcela negra e pobre da classe trabalhadora, principalmente mulheres, LGBTQIAPN+ e PCD’s. E ainda que, em outubro de 2022 a frente amplíssima tenha garantido nas urnas a vitória de Lula da Silva para seu terceiro mandato, é imperativo que se mantenha a luta pela derrota do bolsonarismo na política brasileira, no parlamento e nas ruas.

¹ Este texto é uma versão atualizada de alguns debates contidos na dissertação “*Fazer mais e melhor com o pouco que eu tenho*”: um estudo da Política Nacional de Humanização implementada em Manaus, defendida em 2009 no Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

² Quanto às “raízes e transformações” do termo “humanização” no pensamento ocidental, sugerimos a leitura do prefácio escrito por Maria Cecília de Souza Minayo para o livro organizado por Suely Deslandes. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

³ Há um verbete sobre Humanização no *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* que também nos serviu de guia, e que sugerimos consulta aos leitores que desejem ampliar o conhecimento sobre o assunto. Aqui, escolhemos realizar percurso diferente do já existente, em franco diálogo com as colegas de profissão. Ver: PEREIRA; BENEVIDES, 2009.

⁴ Não é objetivo deste trabalho proceder à análise dos 20 anos de implementação da PNH, embora entendamos que seja importante a realização de estudos a esse respeito.

No que se refere à política de saúde, diante do contexto de ultraneoliberalismo, destaca-se o processo de desmonte e sucateamento do SUS, por meio do acirramento de processos de privatização e novos formatos de precarização do trabalho, como é exemplo a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), criada em 2020, bem como, pelo aprofundamento do subfinanciamento histórico da política de saúde, que a partir da Emenda Constitucional 95, ganha caráter de desfinanciamento, ainda que durante à pandemia tenha sido evidenciado a importância do SUS ser uma política universal, gratuita e estatal.

Não é demais lembrar que o SUS é resultado do movimento de Reforma Sanitária, no bojo do embate pela redemocratização no país. O SUS, portanto, é fruto dessa e de tantas lutas que canalizavam demandas concretas da população por melhores condições de vida e de trabalho, e que trazia em si uma aposta em outro mundo possível, de um projeto socialista, solidário, mais humano. Importante ressaltar, que é isso que o neoliberalismo (e sua face ultraneoliberal mais recente), ao longo das últimas três décadas, vem paulatinamente tentando desmontar, fazer ruir, tornando cada vez mais distante o SUS real do SUS constitucional.

Quanto ao Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro, tem-se que este também é tema já bastante discutido entre nós assistentes sociais, sendo resultado da organização e luta da categoria profissional que desde o final da década de 1970 vem empreendendo a construção de um projeto profissional aliado à luta da classe trabalhadora, de ruptura histórica e política com o conservadorismo da profissão, que tem no Congresso da Virada, em 1979, seu marco e passa a ser reconhecido e nomeado como tal desde a segunda metade da década de 1990, sendo consubstanciado na Lei de regulamentação da profissão de 1993, no Código de Ética de 1993 e nas Diretrizes Curriculares para o Serviço Social de 1996 (BARATA; BRAZ, 2009; MATOS, 2013).

Neste sentido, Matos (2013) vai informar que é no inter cruzamento de projetos societários – que tenham como horizonte a transformação radical da sociedade, com “uma clara concepção de mundo e de homem, com uma nítida vinculação a um projeto societário não capitalista, apontando para o socialismo como alternativa” (MATOS, 2013, p. 102), e baseado na convergência de seus princípios –, que se articulam o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social. Mesmo que seja necessário fazer ressalvas quanto a amplitude de cada um desses projetos e ainda que a direção de ambos estejam atualmente em disputa, diante de uma conjuntura desfavorável desde os anos 1990.

Feita essas considerações mais gerais e nos voltando agora ao debate mais específico, o termo humanização está presente no debate da saúde pública no Brasil, com mais ênfase, desde o fim da década de 1990. Contudo, este movimento como poderíamos chamar, começa a delinear seus traços já na década de 1950, recebendo influências e contribuições da Declaração Universal dos Direitos Humanos; da defesa em prol da assistência ao parto humanizado – no qual se identifica o movimento feminista como sujeito desse processo; da luta antimanicomial, e demais críticas que vêm se juntar a essas, principalmente no que concerne ao modelo de assistência à saúde existente (CASATE, CORRÊA, 2005; DINIZ, 2005).

Do ponto de vista histórico, Humanização, enquanto precursora do que viria a ser a Política Nacional de Humanização, segundo Benevides e Passos (2005), ganha espaço na agenda política, ainda que “timidamente”, a partir do tema da XI Conferência Nacional de

Saúde em 2000, intitulada “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. E a partir daí, com a implantação do Programa Nacional de Humanização de Atenção Hospitalar (PNHAH), com ações voltadas para a melhoria da qualidade da atenção ao usuário e, posteriormente, ao trabalhador, mas que, como afirmam os autores, foi secundarizada pela maioria dos gestores.

Importante situar ainda, segundo os autores, que nesse período, entre 1999 e 2002, outras tantas ações e programas foram implementadas pelo Ministério da Saúde. A maioria, de alguma forma, com essa premissa da humanização enquanto busca pela qualidade da atenção em saúde para o usuário. E ainda que a palavra humanização não estivesse presente em todos, havia uma premissa entre “humanização-qualidade na atenção-satisfação do usuário” (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Entre os programas e ações, podemos destacar: a Carta ao Usuário (1999); o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999); o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (2000); o Programa de Acreditação Hospitalar (2001); a Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de baixo peso – Método Canguru (2000), entre outros, que apontavam, por vezes, na direção de ações fragmentadas e frágeis, na medida em que apresentava uma imprecisão conceitual, o que muitas vezes tornava “seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 390).

Em 2003, no primeiro governo de Luiz Inácio Lula da Silva, a PNHAH, enquanto programa de governo, sofreu alterações e em março de 2003 é lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, que foi divulgada dentro do Ministério da Saúde em novembro daquele ano, em Brasília, na Oficina Nacional HumanizaSUS: Construindo a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010). Deste modo, na PNH, o conceito de humanização é reelaborado e descrito no *documento base para gestores e trabalhadores do SUS*, como:

Uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (BRASIL, 2006, p. 44, grifo nosso).

Trata-se, de um conjunto de dimensões que visam, segundo os documentos norteadores, considerar as necessidades materiais e subjetivas, a partir da constituição de novos sentidos para a produção de saúde e de seus sujeitos, passando agora a contemplar a atenção e gestão da saúde. Especificamente com relação à humanização, observou-se que muitas iniciativas haviam sido realizadas nos anos anteriores, mas que várias dessas ações desenvolviam-se isoladamente e tinham um caráter fragmentário, apesar de suas contribuições no sentido de sensibilizar gestores, trabalhadores e usuários do SUS no que se refere à humanização do atendimento.

A implementação, portanto, da PNH se dá a partir da adesão de serviços de saúde que têm no horizonte a mudança no modelo de atenção e gestão na saúde, a fim de avançar em direção à qualificação do SUS. Ela é dividida em alguns **princípios**, sejam eles: a transversalidade; a indissociabilidade entre atenção e gestão; o protagonismo, a

corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos. E se organiza em algumas **diretrizes**, tais como: acolhimento; clínica ampliada; cogestão; defesa dos Direitos dos usuários; fomento a grupidades; coletivos e redes; valorização do trabalho e do trabalhador; e a construção da memória do “Sus que dá certo”. Operacionalizando suas proposições por meio de **dispositivos**, que podem ser ações, projetos ou “tecnologias” que visem transformar práticas vigentes na gestão e/ou atenção à saúde, sendo eles: Grupos de Trabalho de Humanização (GTH’s); Acolhimento e Classificação de Risco (ACR); Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST); Câmara Técnica de Humanização (CTH); Colegiados Gestor; Contrato de Gestão; Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial; Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); Projeto de Saúde Coletiva; Projeto memória do Sus que dá certo; Projeto Terapêutico Singular (PTS); Visita aberta e Direito do acompanhante; Projetos de ambiência; Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de porta aberta, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação e outros (BRASIL, 2010).

Para este verbete, se faz importante pontuar o exemplo do Acolhimento,⁵ que é uma diretriz, mas também se expressa num dispositivo: Acolhimento e Classificação de Risco, sendo um dos mais comuns a serem implementados. Em uma pesquisa⁶ realizada em 2009, identificou-se que esse dispositivo era geralmente utilizado para minorar situações limites como a falta de acesso, a qualidade dos serviços, conformando-se muito mais como uma política com ações restritas e que dependiam do nível de comprometimento dos trabalhadores da saúde. Assim, o “bom acolhimento” – o acolhimento visto como um fim em si mesmo – apontava uma supervalorização das subjetividades, com um teor muitas vezes romantizado da prática médica e dos demais profissionais de saúde. Concepções de acolhimento entendido como “um olhar”, “um gesto” e “um sorriso no rosto” foram identificadas como marcas dessa política. É, portanto, extremamente limitado e por vezes adoecedor dos processos de trabalho, atribuir somente aos “sujeitos sociais” a responsabilidade para a mudança no processo de produção de saúde. Essa análise não pode ser realizada descolada da realidade histórico-social em que estamos situados e dos determinantes sociais do processo saúde e doença. Não é possível considerar “apenas” a “inclusão” de sujeitos, nesses processos, sem avançar na análise dos marcos dos direitos já resguardados pelo SUS e que têm sido paulatinamente vilipendiados ao longo dos mais de trinta anos de sua implementação (CONCEIÇÃO, 2009).

Nesse sentido, ecoa a reflexão feita por Gastão Wagner Campos: “a humanização seria apenas um movimento demagógico tendente a simplificar conflitos e problemas estruturais do SUS?” A PNH conforma-se como uma política transversal dentro das políticas públicas de saúde, e não mais como programa isolado, assumindo um caráter mais sólido e propondo-se a perpassar por todas as políticas e diretrizes do SUS, como projeto coletivo de proteção social, constituindo-se como vertente orgânica do SUS, a partir do confronto de ideias, planejamento, mecanismos decisórios, estratégias de implementação e de avaliação.

⁵ “Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde sua chegada até sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários para garantir atenção integral, resolutive e responsável por meio do acionamento/ articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário” (Cf. BRASIL, 2006).

⁶ Cf. CONCEIÇÃO (2009).

Todavia, diante do contexto na qual foi criada é mister pensar a PNH na perspectiva de identificar a qual projeto de saúde ela se aproxima. É já bastante conhecido que desde os anos 1990 há um cenário de disputas entre dois principais projetos de saúde, quais sejam: o **projeto da reforma sanitária**, voltado aos princípios universalistas, no qual a saúde é entendida como direito do cidadão e responsabilidade do Estado; e o **projeto privatista**, voltando para a lógica de mercado e a ampliação dos lucros. Contudo, no início dos anos 2000, emerge um terceiro: o **projeto de reforma sanitária flexibilizada**, que diante das inúmeras contradições da implementação do SUS, em virtude do sucateamento e do histórico subfinanciamento desta política e de todas as crises enfrentadas, assume uma retórica do “SUS possível”, baseada em arranjos institucionais, numa perspectiva gerencialista e de responsabilização dos profissionais de saúde para que estes se readéquem às novas exigências da política de saúde frente ao rebaixamento do projeto de reforma sanitária (BRAVO; PELAEZ, 2020).

Assim, ainda que em seus documentos norteadores a PNH indique tentar construir uma nova cultura de atendimento, a melhora da comunicação entre os vários níveis e diversos sujeitos envolvidos, seguindo uma lógica de gestão compartilhada, não se encontra em nenhum deles a recuperação da concepção da Reforma Sanitária e embora esse conjunto de propostas e iniciativas constituam-se de demandas a muito requeridas por usuários e trabalhadores da saúde, sua vinculação ideológica e prática pode ser facilmente capturada no ideário do “SUS possível”, diante do quadro de desmonte de direitos, numa retórica de “fazer mais e melhor com o pouco que eu tenho”.

Estamos aí diante de uma encruzilhada: somos uma profissão que intervém nas expressões cotidianas da questão social, e, portanto, a luta pelo acesso aos direitos e serviços sociais estão no horizonte de nossa atuação profissional, contudo, ao sermos chamadas para implementar ações e dispositivos previstos na PNH temos que estar atentas para não contribuirmos com práticas conformistas e apassivadoras.

Matos, pautando-se na análise feita por Maria Dalva Horácio Costa (2006, p. 64) reafirma que há nos serviços de saúde a legitimação e o reconhecimento do Serviço Social “a partir das contradições fundamentais da política de saúde. É nas lacunas geradas pela não implementação efetiva do SUS que o profissional vem sendo demandado a intervir [...] constituindo o elo invisível do SUS”. Pensamos que é a partir dessa perspectiva que podemos atuar no desenvolvimento de ações e proposições da PNH, uma vez que juntamente com um trabalho interdisciplinar e intersetorial podemos contribuir na elaboração de estratégias que visem a integralidade das ações no enfrentamento as demandas que nos são postas, fortalecendo a democratização do acesso aos serviços de saúde, a informação e a participação popular.

Os “Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na saúde”, ainda orientam que a defesa da concepção de humanização numa perspectiva ampliada encontra respaldo no Projeto Ético-Político do Serviço Social, e isso significa, ter como bússola orientadora do exercício profissional os determinantes sociais do processo saúde-doença, as condições de trabalho e os modelos assistencial e de gestão, alertando para o fato de que a PNH deve ter como referência o projeto de Reforma Sanitária. Sendo assim, é imperativo que o assistente social debata “o significado da humanização com a equipe, a fim de evitar compreensões distorcidas que levem a uma concepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e redução de tensão” (2010, p. 50).

Respondendo à questão feita por Gastão Wagner Campos (2005): “A humanização seria apenas um movimento demagógico tendente a simplificar conflitos e problemas estruturais do SUS?”, acreditamos que sim, visto que parte do que vem sendo construído com o mote da humanização está permeado de um discurso acrítico, “humanizador das relações”, que não põe em xeque as contradições do modo de produção capitalista, e atua de forma a individualizar questões complexas e coletivas, servindo para mascarar os principais dilemas do SUS diante de um contexto de descaso e desmonte dos direitos sociais no Brasil.

No entanto, as profissionais que seguem em luta pelos princípios do Projeto de Reforma Sanitária e Ético-Político profissional, atentas para o fomento dos valores coletivos que os inspiram, no sentido da disputa por uma sociedade sem distinção de raça-etnia, gênero, classe, orientação sexual, e na luta pela derruição do sistema capitalista, elas podem a partir das ideias e diretrizes da PNH, dentro de uma perspectiva ampliada de humanização e transversal à todas as ações, atuar com vistas ao fortalecimento do SUS constitucional e da garantia dos direitos sociais, encontrando brechas institucionais para a participação efetiva da população usuária no que refere aos processos decisórios, como também no acesso à saúde, juntamente com outros profissionais, recusando todo e qualquer discurso “messiânico” e do “possibilismo”, de privilegiamento da ação individual, “que significa flexibilizar os princípios defendidos no projeto ético-político profissional e na proposta de Reforma Sanitária com vistas a assegurar pequenos ganhos políticos” (CFESS, 2010, p. 27).

Por fim, cabe dizer que a atual conjuntura exige de nós, assistentes sociais, não apenas o compromisso com a classe trabalhadora, como também a compreensão e apreensão teórico-metodológica, ético-político e técnico-operativa, que só é possível por meio de uma formação profissional sólida, crítica e propositiva, fundamentais para a efetivação deste projeto. Rompendo com a ação “individualizada, burocrática, acrítica e humanizadora de relações pessoais”, mas sim, que contribua para a mobilização, organização e fortalecimento da luta dos usuários por seus direitos, sejam eles individuais ou coletivos (VASCONCELOS, 2006).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? Revista Interface, 9 (17): 389-394, 2005.
- BARATA, J. T.; BRAZ, M. O projeto ético-político do Serviço Social. In: CFESS; ABEPSS (Orgs.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS, ABEPSS, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: O que é como implementar (uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas). Brasília, 2010.
- BRAVO, M. I. S; PELAEZ, E. J. A saúde nos governos Temer e Bolsorano. Revista Ser Social, v. 22, n. 46. Brasília, jan.-jun. de 2020.
- CAMPOS, G. W. S. Humanização em saúde: um projeto em defesa da vida? Revista Interface, v. 9, n. 17, p. 398-400, mar./ago. 2005.

- CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 13, n. 1, p. 105-111. São Paulo, jan.-fev. de 2005.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010.
- CONCEIÇÃO. T. S. “Fazer mais e melhor com o pouco que eu tenho”: um estudo da Política Nacional de Humanização implementada em Manaus. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- DEMIER, F. Depois do Golpe: a dialética da democracia blindada no Brasil. Rio de Janeiro: Mauad X, 2017.
- DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciência Saúde Coletiva*, 10 (3): 615-626, 2005.
- _____. Humanização: Revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627-637. Rio de Janeiro, jul./set. de 2005.
- MATOS, M. C. *Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional*. São Paulo: Cortez, 2013.
- PEREIRA, E. H. P.; BENEVIDES, R. D. B. Humanização. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.
- VASCONCELOS, A. M. Prefácio. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. (Orgs.). *Assessoria, Consultoria & Serviço Social*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2006.