

Política Nacional de Humanização como estratégia para efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)

Anita Coelho dos Santos¹, Adriana Leonidas de Oliveira,² Quésia Postigo Kamimura³

¹ Mestranda em Gestão e Desenvolvimento Regional - Programa de Pós-graduação em Gestão e Desenvolvimento Regional - PPGDR - Universidade de Taubaté – Rua Visconde do Rio Branco, 210 Centro - 12020-040 – Taubaté/SP – Brasil – anitacoelho_te@yahoo.com.br

² Orientadora - Professora do Programa de Pós-graduação em Gestão e Desenvolvimento Regional - PPGDR - Universidade de Taubaté – Rua Visconde do Rio Branco, 210 Centro - 12020-040 - Taubaté/SP - Brasil – adrianaleonidas@uol.com.br

³ Professora do Programa de Pós-graduação em Gestão e Desenvolvimento Regional - PPGDR - Universidade de Taubaté – Rua Visconde do Rio Branco, 210 Centro - 12020-040 - Taubaté/SP – Brasil- qkamimura@gmail.com

Resumo: O presente artigo busca esclarecer sobre as Políticas Públicas de Humanização da Saúde no Brasil, buscando analisar sua contribuição para o avanço do sistema de saúde no país. Foi desenvolvido por meio de pesquisa bibliográfica e aborda aspectos históricos desde o início do sistema de saúde na época fragmentado. Perpassa as mudanças do sistema de saúde com a Constituição de 1988 que promoveu a unificação de diversos sistemas, e consolidou com a criação de um novo sistema unificado. Conhecer a evolução é importante, pois ela vislumbra ações que indiretamente fomentaram, não apenas a criação de um programa de humanização, mas em âmbito muito maior, a própria Política Nacional de Humanização da Saúde, como instrumento de promoção da cidadania.

Palavras-Chave: Política da Saúde, Sistema Unificado de Saúde, humanização da saúde.

Área do Conhecimento: Ciências Sociais Aplicadas.

Introdução

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

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

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

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

O presente artigo tem como propósito apresentar uma visão geral sobre a Política Nacional de Humanização, buscando compreender sua contribuição para o avanço do sistema de saúde no Brasil.

Metodologia

Quanto ao delineamento a presente pesquisa caracteriza-se como bibliográfica e documental. Foi realizada com base em documentos centrais da política de humanização, além de publicações locais sobre o tema, anais de seminários, entre outros registros.

O assunto a ser tratado é a Política de Humanização da Saúde no Brasil. Antes, porém far-se-á uma abordagem histórica contextual e conceitual de alguns temas que envolvem a questão da Saúde Pública no Brasil, especialmente sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), com base em importantes publicações da área.

Resultados

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

Houve muitas mobilizações populares com a finalidade de articular um sistema de saúde que incluíssem as pessoas que não possuíam trabalhos. Esse objetivo foi alcançado em 1988 com criação do SUS baseado nos estudos propostos na VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986 (VIII CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

A Constituição Federal de 1988, nos seus artigos de 196 a 200, garantiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Veja na íntegra:

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

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1998).

Os princípios básicos delineados na Constituição Cidadã para o novo sistema de saúde foram a descentralização da assistência, com direção única em cada esfera do governo; integralidade priorizando o trabalho preventivo, mas sem prejuízos ao atendimento assistencial e participação popular, garantido através dos Conselhos de Saúde, o chamado Controle social (BRASIL, 1998).

Somente o texto da Constituição Federal dificultava a garantia desses direitos, pois eram muitos e na hora de garantir mesmo havia dúvidas sobre a responsabilização das ações e serviços de saúde. Foi então que no ano de 1990 a Lei Federal nº 8.080, que instituiu o SUS, com comando em cada esfera de governo atendendo a demanda suscitada pelos gestores no que se referiam as atribuições de cada esfera.

Conforme art. 1º da referida Lei regula todo o território nacional,

as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990a, p. 1) .

Ressalta-se que a idéia de saúde não remete apenas a ausência de doença. De acordo com Molina (2002. p. 01) a definição de saúde nos indica principalmente, o “bem-estar físico, psíquico e social” e propõe incluir também o “bem-estar espiritual”, o que implica também em um meio ambiente equilibrado e sustentável.

Ficou determinado na Lei que os Municípios seriam responsáveis pela execução das ações e serviços relacionados à saúde, e os Estados e a União cooperariam com o suporte técnico e financeiro. Nessa Lei há uma definição de saúde bem interessante, na qual a saúde passa a ser entendida como:

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

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

Apesar de definir e esclarecer muitas responsabilidades foi notada a falta de organização e garantia da participação popular na gestão do sistema de saúde, por isso foi sancionada a Lei Federal nº 8.142, no mesmo ano da Lei de criação do SUS.

A Lei nº 8.142, trata da participação da comunidade no âmbito da gestão do SUS como também esclarece sobre as transferências de recursos entre os governos. Determina que os Conselhos e as Conferências de saúde sejam considerados como instâncias colegiadas em cada esfera do governo, porém as funções do poder legislativo não terão prejuízos (BRASIL, 1990b). Direciona sobre o Conselho de Saúde, sendo este considerado um órgão colegiado em caráter permanente e deliberativo, sua composição deve ser de representantes do Governo, profissionais e usuários de saúde e prestadores de serviços. (BRASIL, 1990b).

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

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

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

Quanto aos recursos, estes provêm do Fundo Nacional de Saúde e terão sua alocação vinculada ao Ministério da Saúde, quanto às despesas de custeio, e ao plano quinquenal. Os investimentos serão previstos em lei orçamentária de iniciativa do poder legislativo e aprovadas pelo congresso nacional (BRASIL, 1990b).

Já os investimentos na rede de serviços, incluindo ações de saúde voltadas para a cobertura de assistência ambulatorial e hospitalar, serão implementadas pelas três esferas de governo: Municípios, Estados e União (BRASIL, 1990).

Essas leis garantiram certa organização do SUS, porém a normatização do sistema iniciou apenas com as Normas Operacional Básica (NOBs).

As NOBs tiveram caráter regulamentar a mudança do modelo organizacional antigo e o SUS. É por meio delas que o Ministério da Saúde (MS) regula as transferências dos recursos financeiros da União para os Estados e Municípios, estabelecem os critérios de planejamento de ações de saúde e os mecanismos de controle social. Até o momento foram publicadas quatro NOBs, são elas, NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96.

As NOBs promoveram as mudanças potenciais de humanização da saúde, criando condições favoráveis à negociação e viabilização da descentralização e reconstrução do SUS.

Por um lado a descentralização, a regionalização da atenção e da gestão da saúde, foi um grande avanço na saúde pública, visto que tomou dimensão maior no que se refere ao aumento da universalidade, da equidade, da integralidade e controle social foi um avanço na saúde pública (BRASIL, 2004).

Por outro lado, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho, a falta de investimento na qualificação dos trabalhadores, trouxeram a insatisfação tanto dos profissionais da saúde, quanto dos usuários. Isso abalou o sistema vigente. Assim, visando garantir o direito constitucional de saúde para todos, de maneira a dignificar os usuários por meio de profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a proteção da vida é que se propôs Política Nacional

de Humanização da Saúde no Brasil (BRASIL, 2004).

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

O debate é antigo e estendeu em diversos movimentos em busca da qualidade na atenção ao usuário. Como por exemplo, a implantação do protocolo do procedimento de Carta ao Usuário (1999), o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), etc, (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

O Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) instituído no período de 2000 a 2002 se iniciou com a criação dos comitês de humanização que tinham como objetivos melhorar a qualidade da atenção ao usuário e, do trabalhador.

Fato é que o contexto da época era de insatisfação do usuário e trabalhador frente ao descaso dos gestores. O foco maior da saúde não era o usuário e aquele que produzia a saúde, visto que o trabalhador da saúde, o profissional do cuidar, que também é humano, pouco era considerado.

É comum ligar o termo humanização no campo da saúde, a filantropia, voluntariado, ações humanitárias, o que se trata uma questão de favores, e não do direito em si.

O conceito de humanização da saúde deve ser visto na perspectiva ampla de política de alteração das atitudes comportamentais e procedimentais para com os usuários, funcionários e quem atende a clientela do SUS (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

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

Martins (2001 p.04) classifica a humanização como um “processo amplo, demorado e complexo”, passível de resistências decorrente das mudanças de comportamento. Quando se fala em mudança denota insegurança, já que a prática rotineira de modelo já estabelecido parece ser ou oferecer segurança.

Ademais, o novo comportamento ou modelo, ainda está por ser consolidado. A característica do que é novo não está delineada nem pronta em livros ou leis, porém será traçada por cada

trabalhador, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização (MARTINS, 2001).

De acordo com Molina (2002) não pode separar o humanismo da humanização da assistência à saúde. O humanismo inclui:

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

Sendo assim a Política de Humanização da Saúde supõem a redução das filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco, identificação e responsabilização de funcionários que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial; garantia de informações ao usuário quanto aos seus direitos do código dos usuários do SUS; gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

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

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

Ao trabalhar a humanização, conforme pesquisas desenvolvidas em hospitais por Martins (2001) e Mazzetti (2005) indicam melhoria também no ambiente hospitalar produzido benefícios tais como a: redução do tempo de internação, aumento do bem-estar geral dos pacientes e funcionários e diminuição das faltas de trabalho entre a equipe de saúde, e, como consequência, o hospital também reduz seus gastos, trazendo benefícios para todos (MARTINS, 2001, MAZZETTI 2005, apud. MOTA; MARTINS; VERAS, 2006).

As ações de humanização da saúde são voltadas para promoção da saúde e consolidação

da autonomia do sujeito, da família e da comunidade.

Para tal faz-se necessário investir na produção de um novo tipo de relação entre os sujeitos que compõem os sistemas de saúde e deles faz uso.

De acordo com BRASIL (2004) a humanização do sistema de saúde caracteriza-se como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS. Portanto, humanização é compreendida como:

construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos inter-profissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde (BRASIL, 2004, p. 08).

A humanização exige a construção ou ativação de atitudes éticas porque a proteção da vida é defendida como aspecto fundamental de suas ações. É necessário mudança de atitude na dimensão estética, em decorrência de suas ações incluírem práticas normativas que regulam a vida, bem como para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. E também mudança de atitude política porque tais mudanças de atitudes ocorrem na polis, local onde é vivenciado a relação entre os homens, as relações sociais e de poder (BRASIL, 2004).

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

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

A proposta de humanização da assistência à saúde segue a tendência da política pública mundial, e além de melhorar a qualidade e o cuidado do usuário e do profissional, ela contribui para reduzir custo excessivo e desnecessário em decorrência da falta de informação e de capacitação dos profissionais, incluindo aí os gestores. Outro fator também relevante que pode estar relacionado à grande extensão do Brasil é a falta de preparo que permeiam as relações de saúde em nosso país (BRASIL, 2005).

Discussão

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

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

De acordo com BRASIL (2004) o SUS reconheceu sua fragilidade expressa na fragmentação do processo de trabalho, ausência de sinergia entre as equipes de saúde, falta de respeito aos direitos dos usuários, falta de investimento na qualificação e a gestão burocrática. Assim, com o intuito de efetivar os objetivos do SUS foi desenvolvida a Política Nacional de Humanização, numa tentativa de fortalecimento do sistema.

De acordo com Mazzetti (2005), as ações de humanização da saúde promovem a saúde e valoriza o ser humano, a família e a comunidade, e ao mesmo tempo fortalecem o sistema de saúde como um todo.

Em face da necessidade de humanizar os serviços de saúde, conforme BRASIL (2004), Martins (2001) e Mazzetti (2005) é fundamental o uso pleno da palavra e do olhar, pois a saúde não é um serviço comum. Cuidar da saúde de alguém vai além de exercer uma atividade técnica especializada. Exige dedicação e depende da capacidade de saber ouvir, saber falar, saber calar. E num mundo tecnológico em que vivemos a palavra e o contato humano foram reduzidos. Perdemos o contexto da palavra e do olhar ao preencher uma ficha de histórico clínico. Nesse simples ato, por exemplo, a palavra perde sua dignidade quando usada apenas na descrição técnica dos sintomas e da evolução da doença. Assim, numa prática desumana trata-se o usuário do SUS como simples objeto de intervenção técnica.

A Política de Humanização da Saúde preocupa-se com fazer uma virada no sentido de acolher o usuário com todas as suas angústias, temores e expectativas. Esclarece da necessidade de uma rede integrada para promover as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais, tendo como base fundamentalmente a ética, o respeito, o reconhecimento mútuo, a solidariedade e responsabilidade (BRASIL, 2004)

A política de humanização da saúde está em harmonia com os princípios gerais do SUS, quais

sejam a integralidade, a universalidade, a equidade e a descentralização da atenção e da gestão (BRASIL, 2005).

Conclusão

O estudo mostra que houve muitas mudanças significativas na política de saúde. Que a Constituição de 1988 alavancou uma evolução no sistema, prosseguindo com a unificação dos serviços, mas a principal mudança foi a criação da Política de Humanização da Saúde.

E para a consolidação da política de humanização é iminente que haja mudanças no sistema como um todo, em prol da valorização da vida. Não basta criar leis e programas e esperar que as mudanças aconteçam. A humanização da assistência à saúde não pode se desvincular do humanismo, embora não se trate de humanitarismo.

Isso envolve aspectos teóricos e filosóficos, mas que exigem compromisso acirrado no desenvolvimento de atitudes práticas que transforme a realidade das instituições de saúde, que promovam o bem estar físico, social dos usuários e trabalhadores da saúde.

Na formulação de uma política de qualificação da saúde, compreende-se que a humanização deve receber prioridade. Tem caráter essencial para que a política opere transversalmente em toda a rede. Assim, não deve ser encarada simplesmente como um programa a mais a ser implantado e ser aplicado aos diversos serviços.

Referências

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

_____. **LEI Nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990a.

_____. **LEI Nº 8.142** de 28 de setembro de 1990b.

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

_____. **Humaniza SUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf> Acesso em: 08 ago. 2010.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. **Humanização na saúde:** um novo modismo? Interface. Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>>. Acesso em: 06 ago 2010.

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

COSTA, A. M. **Atenção integral à saúde das mulheres:** quo vadis? Uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil. 2004. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília: 2004.

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

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

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

MOTA , Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VÉRAS, Renata Meira. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**. V. 11 n. 2, Maringá, mai-ago, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-73722006000200011&script=sci_arttext. Acesso em: 11 ago 2010.