



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO MÉDIO E TÉCNICO DE EDUCAÇÃO A
DISTÂNCIA – PROEAD
CURSO DE BACHARELADO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

SUELI VIANA GADELHA

PNH – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE: Limites e
Possibilidades

POMBAL – PARAÍBA

2015

SUELI VIANA GADELHA

**PNH – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE: Limites e
Possibilidades**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
apresentado ao curso de Administração
Pública, modalidade de ensino a distância, da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito à obtenção do título de Bacharel de
Administração Pública, Linha de Formação
Específica (LFE) III – Gestão Municipal.

Orientadora: Profa. Dra. Gêuda Anazile da Costa Gonçalves

**POMBAL – PARAÍBA
2015**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

G124p Gadelha, Sueli Viana
PNH - Política nacional de humanização da saúde: limites e possibilidades [manuscrito] / Sueli Viana Gadelha. - 2015.
31p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração Pública EAD) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação à Distância, 2015.
"Orientação. Gêuda Anazile da Costa Gonçalves, Secretária de Educação à Distância".

1. Gestão. 2. Política Nacional de Humanização. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Saúde Pública. I. Título.

21. ed. CDD 618.24

SUELI VIANA GADELHA

PNH – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE: Limites e Possibilidades

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO apresentado ao Curso de Administração Pública, modalidade de ensino a distância da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Administração Pública, Linha de Formação Específica (LFE) III – Gestão Municipal, semestre 2015.1

Aprovada em: 14 / 07 / 2015.

BANCA EXAMINADORA

Gêuda Anazile da Costa Gonçalves (9,5)

Profa. Dra. Gêuda Anazile da Costa Gonçalves (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Viviane Barreto Motta Nogueira (9,5)

Profa. Dra. Viviane Barreto Motta Nogueira (Coorientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Kaline Di Pace Nunes (9,5)

Profa. Ma. Kaline Di Pace Nunes (Coorientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Dedico esta, bem como todas as conquistas advindas aos meus pais (Gentil e Severina), minhas irmãs (Patrícia, Suênia e Patriciana), de forma bem especial a Patriciana por ter sido meu auxílio nas horas difíceis. Aos meus sobrinhos (Beatriz e Miguel), razão do meu mais sincero sorriso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS pela força e sabedoria que me impulsionaram a chegar na final dessa jornada. Por sua imensa compaixão e bondade que me levaram a superar cada obstáculo, cada dificuldade que se apresentaram ao longo desse caminho. Obrigada pelo dom da vida.

A meus pais por terem sido meus primeiros professores, meu bem mais precioso, por na sua falta de conhecimento, sempre nos motivaram a estudar e ser alguém na vida. Por ser meu tudo quando não há mais possibilidades.

A minha orientadora, pelo suporte, pelas correções e orientações necessárias.

A todos os mestres, que durante esses quatro anos contribuíram de forma significativa para minha formação profissional, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender.

A minha tutora, JOSEILMA DANTAS, por sua presteza, atenção e dedicação de um verdadeiro mestre. Fostes meu suporte nos momentos mais difíceis, nas dúvidas mais cruéis, a resposta. A palavra mestre fará justiça ao papel desempenhado por você nesse processo acadêmico, e terá meus eternos agradecimentos.

A meus colegas de curso que estiveram comigo nessa superação, e de forma bem especial a Elucinaldo, Fábio, Girlene, Iana e William, com quem dividi conselhos, ajuda e colaboração. Jamais os esquecerei e sentirei saudades.

A meus amigos que de alguma forma direta ou indireta me ajudaram a não desisti, com palavras de confiança e persistência. Sendo compreensíveis e compartilhando seus conhecimentos. Muito obrigada.

A você, Patriciana Gadelha, que foi parte essencial nessa jornada, foi minha mestra, orientadora, instrutora e acima de tudo profissional, que transmitiu sua experiência profissional e dedicou horas de suas noites para me ajudar a construir esse trabalho. Muito obrigada, sem você não conseguiria.

Enquanto qualquer pessoa, na qualidade de cidadão, não puder receber adequada assistência e saúde quando dela necessitar, o SUS não terá cumprido o seu papel e o Estado continuará em débito com a sociedade.

Carvalho e Santos (2001).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
2.1 SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	9
2.2 CARTILHA DE HUMANIZAÇÃO DO SUS	10
2.3 PNH – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE	13
2.4 GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL	16
3 METODOLOGIA	24
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	28

PNH – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE: Limites e Possibilidades

GADELHA, Sueli Viana

RESUMO

A PNH - Política Nacional de Humanização da saúde, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, tem como foco a atenção, promoção e humanização das ações gerenciais do Sistema Único de Saúde. Este trabalho tem como objetivo analisar os limites e possibilidades da implementação da PNH nos municípios brasileiros. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em livros, teses, dissertações e artigos científicos, assim como uma pesquisa documental em fontes como relatórios e documentos oficiais. Os resultados da referida pesquisa indicam que dentro do contexto em que se deu o surgimento da PNH como uma estratégia de política pública a discussão da PNH tem revelado sua força e traduziu diferentes dimensões, como o reposicionamento dos sujeitos na perspectiva de seu protagonismo, da potência do coletivo, da importância da construção de redes de cuidados compartilhados, em contraste com o mundo contemporâneo caracterizado pelo individualismo e pela competição geradora de disputas. Conclui-se, portanto que, a humanização como Política Pública de Saúde é de extrema importância para a reorganização e avaliação da qualidade dos serviços de saúde, pois além de contribuir para a consagração de um vínculo entre profissionais e usuários contribui para uma satisfação entre usuários, profissionais e gestores.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão, Política Nacional de Humanização; Sistema Único de Saúde; Saúde Pública.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde nos últimos anos vem criando estratégias no intuito de conquistar seu principal objetivo que é o de levar a todo e qualquer cidadão o exercício pleno do direito constitucional à saúde. Diante da crise da saúde pública no Brasil, torna-se cada vez mais desafiador atender aos princípios da integralidade, universalidade e equidade, bases do SUS – Sistema Único de Saúde do país.

A humanização, enquanto política de saúde, na atualidade, vem firmando-se como criação de espaços que alteram as formas de produzir saúde, tomando como princípios o aumento do grau de comunicação entre sujeitos e equipes. Este movimento se faz com sujeitos que possam exercer sua autonomia de modo acolhedor, corresponsável, resolutivo e de gestão compartilhada dos processos de trabalho. (DESLANDES, 2004).

A PNH - Política Nacional de Humanização subsidia a implantação de um atendimento mais eficaz e humano, tendo como ponto de partida, os direitos sociais, em especial, o direito a saúde. Dentre as estratégias adotadas pelo Ministério da saúde e Municípios está à criação e implantação dos PSF's - Programa Saúde da Família, NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família, PSE – Programa Saúde na Escola.

Para Pessini (2004) é possível e adequado para a humanização se constituir, sobretudo, na presença solidaria do profissional, refletida na compreensão e no olhar sensível, aquele olhar de cuidado que desperta no ser humano sentimento de confiança e solidariedade.

Diante do exposto, surge a seguinte indagação: É viável a implementação da Política Nacional de Humanização nos municípios brasileiros? Este estudo tem como objetivo analisar os limites e possibilidades da implementação da PNH nos municípios brasileiros.

Para melhor entendimento do tema, este trabalho encontra-se organizado da seguinte forma: após esta introdução onde se encontra contextualizado o tema do estudo, exposta a justificativa, o problema e o objetivo da pesquisa, tem-se: 1) Introdução sobre o tema abordado e sua implementação; 2) Fundamentação Teórica: onde se encontram os principais conceitos e definições do SUS - Sistema Único de Saúde, a Cartilha de Humanização da Política Nacional de Humanização, a Política Nacional de Humanização da Saúde e a Gestão da Saúde Pública Municipal; 3) Metodologia da Pesquisa: onde encontra-se o percurso metodológico adotado para este estudo; 4) Considerações Finais: com os principais resultados da análise realizada; e, por fim as Referencias consultadas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A ação histórica pela universalização e gratuidade da saúde pública foi institucionalizada em princípios gerais na Constituição 1988.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.
(Constituição Federal de 1988, artigo 196).

Tais diretrizes direcionam as ações da saúde desde a idealização até a prestação de serviço ao cidadão. São Princípios Finalísticos do SUS – Sistema Único de Saúde: a Universalidade: que assegura o atendimento a todas as pessoas sem nenhuma distinção de raça, social ou econômica; a Integralidade: que diz respeito à concordância das ações de saúde dirigidas ao mesmo tempo para a prevenção e a cura; e, a Equidade: que perfilha a igualdade no atendimento de todos os cidadãos.

O SUS e toda a sua rede de serviços devem ser organizadas de maneira regionalizada e hierarquizada, consentindo o conhecimento dos problemas de saúde existentes na população de uma área “delimitada” ou “determinada”, proporcionando serviços e ações de saúde compatíveis com a necessidade local.

O Ministério da Saúde desempenhou o papel central nesse processo de descentralização ao exercer a prerrogativa constitucional de ser o principal agente descentralizador, financiador e emissor da legislação. Enquanto que os Estados e Municípios foram se adequando às exigências estabelecidas pelo Ministério para assumirem uma gestão adequada a sua realidade econômica e social.

Destaca-se o papel subordinado dos Municípios, especialmente por serem eles dependentes das transferências federais e por sua baixa capacidade de arrecadação de recursos próprios.

Neste processo de descentralização que é um dos princípios do SUS, a legislação também teve um importante papel assim como o Ministério da Saúde, pois além da Constituição de 1988 estabelece as normas gerais, podem-se destacar as Leis Orgânicas da Saúde – nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90 – e as normas operacionais básicas (NOB) como instrumento de operacionalização da descentralização. Assim sendo, as mesmas leis orgânicas

que regulamentam o SUS e as NOB's são também instrumentos de regulamentações das políticas de saúde no Brasil.

O SUS tem como objetivos em relação às linhas de atenção à saúde e articulação administrativa, em consonância com o Plano Nacional de Saúde de 2005, são: efetuar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral – a exemplo da saúde da família – e promovendo a articulação intersetorial e como os demais níveis de complexidade da atenção a saúde; reorganizar a atenção especializada, visando garantir a integralidade da atenção, com a redefinição do papel dos hospitais na rede assistencial, combinando o critério de pagamento por procedimento com outros critérios – como o de agravos prioritários – a estruturação de rede de atenção às urgências e o incremento do sistema nacional de transplantes; regionalizar a oferta de tecnologia de maior complexidade, regulando a sua incorporação a partir de critérios de necessidades, eficiência, eficácia, efetividade e qualidade técnico-científica, e garantir o acesso universal a sua utilização; promover o acesso à assistência farmacêutica e aos insumos estratégicos, nos diversos níveis da atenção à saúde, observado as especificidades e as prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS e adotando medidas que favoreçam a redução dos custos e do preço.

A 1ª Cartilha do SUS – Diretrizes e Princípios de 1990 afirma que *os* responsáveis pela gestão nos municípios são as secretarias municipais de saúde ou as prefeituras, sendo estes responsáveis pelas mesmas. Na esfera estadual, os gestores são as secretarias estaduais de saúde e no nível federal o Ministério da Saúde.

Sendo assim, os municípios devem ser capazes de promover assistência adequada, ou encaminhar o problema para suportes regionais e estaduais nas áreas de alimentação, saneamento básico, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária.

2.2 CARTILHA DE HUMANIZAÇÃO DO SUS

Dentre as várias propostas e ações desenvolvidas e publicadas pelo Sistema Único de Saúde, destaca-se as Cartilhas do HumanizaSUS. Essas trazem orientações para diversos segmentos, esferas, áreas de atuação no âmbito da saúde, de acordo com a PNH – Política Nacional de Humanização da Saúde.

As Cartilhas do HumanizaSUS, são compostas por: Carta dos direitos dos Usuários da saúde (2011); Cartilha saúde e trabalho (2011); Visita aberta e direito a acompanhamento (2010); Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência (2009); Clínica

Ampliada e Compartilhada (2009); Gestão participativa e cogestão (2009); O HumanizaSUS na atenção básica (2009); Redes de produção da Saúde (2009); Trabalho e Redes de Saúde (2009); Ambiência (2007); Acolhimento nas práticas de produção de saúde (2006); Grupo de trabalho humanização (2006) e Gestão e formação nos processos de trabalho (2004).

A cartilha do HumanizaSUS procura inovar nas práticas gerenciais e de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder e do atendimento. A função da referida cartilha é multiplicadora; com ela espera-se disseminar algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da Saúde.

HumanizaSUS (2003) Atenção Básica: espaço privilegiado na construção de um SUS humanizado. O Ministério da Saúde considera que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades, transformando a si próprios neste mesmo processo (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) é uma das mais importantes ferramentas para os cidadãos que almeja ter um sistema de saúde com muito mais qualidade. A carta tem como base seis princípios básicos de cidadania, necessários no momento de procurar seus direitos e deveres no atendimento de saúde, tanto público como.

Em suma a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde esclarece e estabelece os direitos e deveres dos usuários e profissionais das redes de saúde pública e privada considerando a Lei nº 8.080/90 (já supracitada anteriormente) dispendo as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

HumanizaSUS – “Visita Aberta e Direito a Acompanhante” é uma proposta da Política Nacional de Humanização cujo objetivo é ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente. Pensou-se em redimensionar o espaço da visita e do acompanhante em um hospital/clínica visando melhor captar os dados do contexto de vida do doente e do momento existencial por ele vivido, possibilitando assim um diagnóstico abrangente, além de manter a inserção social do paciente durante toda a internação e tratamento.

Cartilha saúde e trabalho tem função multiplicadora para disseminar algumas tecnologias e práticas de humanização no atendimento e atenção à saúde.

Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência suscitam algumas reflexões, discute conceitos e aponta caminhos para o desenvolvimento do acolhimento nos serviços de urgência. A experiência dos profissionais, dos gestores e dos usuários é muito importante para compor conosco estas páginas, as quais somente terão sentido à medida que enriquecidas e reinventadas pelas falas daqueles que apostam no aperfeiçoamento do SUS, a noção de acolhimento não pode se restringir a uma atitude voluntária de bondade e favor por parte de alguns profissionais, é preciso lembrar que há uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ou também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento. Os sentidos do acolhimento e socorro nos serviços de urgência do SUS diz que tais perspectivas, quando tomadas separadamente dos processos de trabalho em saúde, reduzem o acolhimento a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo.

Sabendo que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus princípios definidos na Constituição Federal a participação social, na perspectiva de democratizar a gestão da saúde. No entendimento da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), essa gestão não é exercida apenas no âmbito do sistema e serviços de saúde, mas também diz respeito ao cuidado em saúde.

Ao serem implementadas, as diretrizes da Política Nacional de Humanização – Cartilhas do HumanizaSUS provocam uma alteração na correlação de equipes e desta com os usuários e sua rede social, favorecendo a produção amplificada da responsabilização no processo de cuidado. A gestão e Cogestão em saúde é a capacidade de lidar com os conflitos, é a capacidade de ofertar métodos (modos de fazer), diretrizes, quadros de referência para análises nas organizações de saúde. Além disso, deve se entender que a gestão é um campo de ação humana que visa à coordenação, por isso, a Política Nacional de Humanização e a Gestão Participativa: definindo os termos de articulação e interação de recursos e trabalho humano. Para que a obtenção de fins/metabolivos seja guiada por finalidades, realizando tanto a missão das organizações como os interesses dos trabalhadores.

Ampliar gradativamente a participação nos processos de decisão é apostar na possibilidade de ampliar a motivação, a autoestima, a capacidade reflexiva e inventiva de cada trabalhador, gestor e usuário na construção da cidadania. Este é apenas um exemplo com começo, meio e continuidade. Cada território, cada equipe, cada população usuária tem suas especificidades e suas possibilidades de se reinventar (Cartilha HumanizaSUS – na atenção básica, 2009).

2.3 PNH – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

A saúde como um direito de todos e dever do Estado, foi uma grande conquista do processo democrático da década de 1980. Para que essa conquista fosse posta em prática, criou-se em 1990 a legislação do SUS - Sistema Único de Saúde, que deu cumprimento à atenção em saúde, conferindo-lhe universalidade, integralidade e equidade. Diante desta conquista histórica, adotou-se a visão de que saúde não é ausência de doença, mas sim um conjunto de fatores determinantes que condicionam a promoção de bem-estar mental, físico e social do ser humano.

Desde sua instituição, o SUS vem tentando superar obstáculos no campo da formulação das políticas, bem como na modificação de modelo de saúde visando ultrapassar o modelo biomédico. Entre os desafios a serem enfrentados se destacam a precarização das condições de trabalho dos profissionais da saúde e a dificuldade de acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, situação que se torna mais complexa diante da heterogeneidade dos municípios brasileiros.

Nesse contexto, e diante da necessidade eminente de edificar novas formas de promoção da saúde e dos sujeitos que dela participam e necessita, o Ministério da Saúde cria, em 2003, a PNH – Política Nacional de Humanização da Saúde - e estabelece mudanças no modelo de gestão, prevenção e atenção na saúde.

De acordo com Benevides & Passos (2005), a PNH – Política Nacional de Humanização da Saúde - foi proposta diante de um duplo problema: a banalização da humanização e a fragmentação das práticas nos programas de humanização da saúde.

A cartilha do HumanizaSUS propõe a reforma nos sistemas/modelos de atenção e gestão à saúde, tendo como base o tripé: trabalhadores, gestores e usuários.

A Política Nacional de Humanização da Saúde deve ser analisada, no contexto municipal, já que os municípios estão na base da reforma da saúde do Brasil. O conceito de humanização no âmbito da saúde municipal se remete ao protótipo de direitos humanos, expressos individual e socialmente através do resgate da ideia de respeito e dignidade à vida humana, com proeminência nas dimensões ética, nas relações interpessoais entre profissionais da saúde e usuários.

Sobre o conceito de humanização na PNH, Deslandes (2005) enfatiza que não é apresentado um conceito, mas um “entendimento” deste termo, uma opção semiótica e política que ao mesmo tempo em que evita o fechamento de uma definição pragmática, também impossibilita que se estabeleça uma “imagem-objetivo” clara. Isto é as assertivas

expostas na política referentes ao termo humanização acabam consentindo sua identificação com títulos e orientações previamente minados pelo modelo de políticas e métodos dirigida pelo SUS.

Detendo-se a este ponto de vista, isso não pode ser constituído meramente como programa, mas sim, quando de uma política transversal, que implica em ser, “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, 2004a, p. 7).

Com um caráter que visa buscar a superação de obstáculos entre os diferentes núcleos de poder envolvidos na produção e promoção da saúde, conjeturado na troca de saberes, envolvendo tanto os pacientes como os seus familiares, afirmando o diálogo entre os profissionais e o trabalho em equipe.

Levar em conta as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde constitui a política em ações materiais e concretas. Tais ações políticas têm a capacidade de transformar e garantir direitos, constituir novos sentidos, colocando-se, assim, a importância e o desafio de se estar, constantemente, construindo e ampliando os espaços da troca, para que possamos caminhar na direção do SUS que queremos. (Brasil, 2004a, p. 8)

Visando um aperfeiçoamento na relação do usuário e trabalhador da saúde, apresentando outro modo de se produzir saúde e constituindo uma ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços, pensou-se um programa de assistência e promoção da saúde onde deve acontecer o cuidado humanizado, onde os profissionais desenvolvam atividades educativas que auxiliem na promoção da saúde e na prevenção das doenças, harmonizando assim uma melhoria no atendimento e na relação interpessoal paciente/profissional da saúde/gestores.

A PNH incentiva a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários visando construir processos coletivos de relações de poder, trabalho e afeto/carinho já que muitas vezes as atitudes e práticas são desumanizadoras inibindo a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e os maus tratos aos usuários.

Juntamente à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH tem seu núcleo técnico sediado em Brasília – DF e demais equipes regionais de apoiadores que se articulam e conta com as secretarias estaduais e municipais, e os conselhos de saúde. A partir

desta articulação, as esferas federal, estadual e municipal constroem de forma conjunta planos de ação para promoção e disseminação de novas técnicas em saúde.

As análises dos problemas e dificuldades em cada serviço de saúde e feito com base de referência em experiências bem-sucedidas de humanização existem no BRASIL um SUS que dá certo, e dele são direcionadas as orientações da PNH, demonstradas em seu método, princípios e diretrizes.

A Política Nacional de Humanização procura se implantar nas instituições do SUS de forma ampla, agregando a gestão do trabalho de forma a assegurar aos profissionais a participação nos processos de discussão e decisão, valorizando sua participação e desenvolvimento profissional.

Propondo ações integrais, promocionais e intersetoriais de saúde, a PNH resulta no aumento de autonomia e protagonismo dos sujeitos.

Na vertente da educação contínua em saúde, a PNH tem de ser incluída como conteúdo curricular dos cursos de graduação, pós-graduação e extensão em saúde, tendo visto que há senso comum no tocante à falta dos profissionais, em virtude de suas formações, conhecimentos para intervenções em grupos e coletivos (BRASIL 2008; 2010a). Neste sentido, a Política Nacional de Humanização acha na atenção básica o espaço certo para que a qualificação do SUS como política pública seja efetivada, seja considerada como estratégica para a reorganização e ampliação dos sistemas de saúde, pois favorece a produção de relações entre sistema/equipes e usuários/redes sociais; é notório que essa vinculação com corresponsabilidade permite uma reorganização do cuidado nas redes de atendimento à saúde em sintonia com as singularidades das situações.

Na perspectiva da PNH, a proposta de diferenciação nas várias discussões acerca da atenção é a constituição de composições que procedam em entendimento comum tanto do ponto de vista de trabalhadores, como de usuários e gestores da saúde, direcionando para o caminho do SUS que dá certo.

Segundo BRASIL (2010) “Numa compreensão diferente da atenção minimalista, a atenção básica passa a ser vista como espaço de produção de mudanças no sistema de saúde brasileiro”. Nesse contexto inicia-se o processo de entendimento dos apoiadores institucionais, que em muito vem contribuir para a problematização da rede do SUS, estabelecendo com as equipes de saúde transformações na maneira de lidar com problemas e desafios diversos que emergem do dia a dia da atenção à saúde.

Com essa interação acontecendo efetivamente surgem analisadores socioadministrativos apropriados para refletir e indagar sobre os muitos desafios que ainda surgem habitualmente no âmbito de trabalho na área de saúde.

A constituição de apoiadores incide num respeitável meio de consolidação da PNH. Todos os processos de constituição são considerados estratégicos para que a implantação e efetivação da Política Nacional de Humanização passe dos limites e alcance as possibilidades.

2.4 GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL

As pressuposições representativas dos discursos sobre a humanização, em suas várias esferas, repercutem a inópia de humanismo e de valores mais humanos nas práticas de saúde. Essas questões de valores humanos adentram e ultrapassam o campo específico da saúde, porém com certeza reflete as condições sociais, econômicas e políticas também, onde o processo saúde X doença, doença X cuidados se desenrola.

Existem certas contradições recursivas como, por exemplo, o interesse de mercado e direitos de pacientes, racionalidade médica e sofrimento humano, políticas públicas e demandas sociais, formação profissional e condições de trabalho, que nada mais é se não exemplos das formas pelas quais a vivência do “humano” pode de acordo com o interesse ser reduzida, limitada ou mesmo ampliada, dentro de um campo vasto de possibilidades.

Conforme Marques (2008) as administrações públicas, aqui entendida em todas as esferas, podem ser diretas ou indiretas. Diretas estão associadas ao poder central, no caso da administração municipal, as secretarias que são diretamente ligadas ao prefeito e vice. Indiretas na forma que sua natureza seja jurídica que é distinta ou própria, estando, ligadas aos órgãos diretos, como as secretarias. Segundo o autor, a gestão pública deve seguir princípios estabelecidos na Constituição Federal de 1988, princípios anteriormente supracitados.

Nesse seguimento do autor, é de suma importância destacar as competências comuns entre a União, os Estados e os Municípios (artigo 23) em cuidar da saúde e assistência pública para proteção das pessoas portadoras de deficiências, proteção ao meio ambiente, promoção da melhoria das habitações e do saneamento básico, além das competências legislativas concorrentes nessas áreas (artigo 24) que também compõe a administração pública municipal e estar diretamente ligada ao seguimento saúde.

Os municípios então podem constituir consórcios para que seja desenvolvidas ações em conjunto e os serviços de saúde que lhes competem (art. 10), porém com direção única.

Também pode ocorrer, nos municípios dependendo de sua área e estrutura, a organização em distritos para integração e articulação de recursos, técnicas e práticas que auxiliem a cobertura total das ações voltadas à saúde.

O Ministério da Saúde – MS visando contribuir com a consolidação da descentralização da gestão do SUS, organizou em 2001 um material didático titulado G.M.S “Gestão Municipal de Saúde: Textos Básicos” o mesmo traz textos básicos, Leis, normas, portarias atualizadas, que vêm dar o suporte técnico necessário para que os gestores municipais de saúde possam desempenhar suas funções de coordenação articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria, (BRASIL, 2001).

Em geral, o município encarregava-se de funções periféricas dentro do sistema público de assistência à saúde, gerindo uma rede de unidades de saúde de cuidados básicos que era articulada com outras unidades ambulatoriais mais complexas, unidades de apoio diagnóstico e terapêutica e a rede hospitalar (BRASIL, 2001).

Com base neste material do MS - é que se fundamentam os temas inerentes ao gestor do SUS nos municípios. Ressaltando as ações que são tidas como primordial em uma secretaria de municipal de saúde.

Wright (1997) assinala que os administradores públicos estão envolvidos em um grande número de interações intergovernamentais.

Essas abstrusas e intensas relações entre os administradores e o governo englobam estruturas que se distanciam das formas tradicionais de organização administrativa do Estado e expõem aos conceitos de redes e de redes intergovernamentais.

Os protótipos de contato e os mecanismos de comunicação utilizados nas relações intergovernamentais desempenham elementos que condicionem a habilidade dos administradores em operar estas redes, tendo em vista que não há como depender de instruções ou normas específicas para gerir as ações dos componentes da rede organizacional, a comunicação efetiva tende-se a tornar o artefato crítico da execução de projetos. Conseqüentemente, as redes de gerência estabelecem ferramentas que possam alcançar o tipo de comunicação multilateral indispensável nestes contextos. Portanto a capacidade dos gerentes em utilizar estas redes de gerência requer certo domínio tanto na estrutura das redes como no processo de trabalhar nestas redes.

Tais aspectos se tornam relevante para o funcionamento das redes intergovernamentais, pois é o padrão seguido de coordenação da ação dos diversos atores envolvidos. Essa coordenação nas redes pode ser qualificada de *multilateral*, por não se basear na hierarquia entre os níveis de governo.

A PNH caminha no método de tríplice inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários), nos processos de produção de saúde e corresponsabilidade com um acolhimento mais digno e humanizado, uma vez que é o acolhimento a diretriz de maior relevância ética na ação do cuidado. Visando um aperfeiçoamento na relação do usuário e trabalhador da saúde, apresentando outro modo de se produzir saúde e constituindo uma ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços, pensou-se um ambiente onde deve acontecer o cuidado humanizado, onde os profissionais desenvolvam atividades educativas que auxiliem na promoção da saúde e na prevenção das doenças, harmonizando assim uma melhoria no atendimento e na relação interpessoal paciente/profissional da saúde/gestores. Segundo Teixeira e Veloso (2006), podem ser consideradas um espaço dinâmico, onde ocorrem vários fenômenos psíquicos, culturais, singulares e coletivos. Esse ambiente é denominado Sala de Espera, um ambiente para o acolhimento onde exista relação usuário e profissional durante o tempo de espera pelo atendimento.

O acolhimento não é só um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas o compartilhamento de saberes, angústias e invenções (BRASIL, 2009). O acolhimento durante o tempo de espera pelas consultas médicas é um espaço que propicia ações educativas e de correspondência de experiências entre os usuários, permitindo a interação do conhecimento popular com os saberes dos profissionais de saúde. Essa permissão de troca de saberes promove uma interação social que vai além do contato dos profissionais da saúde com os pacientes, a sala de espera propõe o esclarecimento para os pacientes que geralmente desconhecem seus direitos e informações básicas a cerca do serviço que ele necessita. Já no caso dos pacientes que possuem certo conhecimento este ambiente torna-se um local no qual eles se sentem valorizados e respeitados, pois a troca de experiências indica que sua realidade não é ignorada.

Conseqüentemente a sala de espera suaviza o cansaço físico e o desgaste emocional pertinente ao tempo de espera por atendimento, espera que pode provocar ansiedade, angústia, revolta, tensão, e comentários quase sempre negativos acerca do atendimento dos serviços públicos de saúde.

Para que o trabalho de humanização do atendimento na sala de espera aconteça é necessário à contribuição e a ajuda de alguns profissionais como agentes de saúde, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e pedagogos entre outros, mas isso quase não acontece, o que permite na atualidade afirmar que a sala de espera almejada pela proposta da Política Nacional de Humanização e na proposta do HumanizaSUS é uma utopia e não uma realidade concreta de funcionamento e prestação de serviços.

É importante reconhecer que estamos longe de dispor de uma rede de atenção básica com ampla cobertura e com eficácia adequada (CAMPOS, 2008). Nesse contexto, evidencia-se que apesar de existir uma proposta de humanização e de sala de espera onde exista o espaço de diálogos e debates para estreitamento das relações entre os usuários e o serviço disposto, ainda não se efetivou esta proposta na prática, na maioria dos PSF implantados até os dias atuais só uma pequena minoria dispõe deste espaço que constitui um importante alicerce para a melhoria da qualidade do atendimento de saúde prestado.

Tal proposta quando colocada em prática efetivamente e cobrindo a demanda do atendimento em todo o país, irá refletir em um serviço mais humanizado como é a proposta real, ampliando o conceito de cuidado biológico para um conceito de cuidado integral aos usuários. Embora entrevejam um horizonte comum ao estabelecer sujeitos e sociedades ativos quanto à busca da saúde é importante reconhecer duas instáveis acerca da metodologia e realidade da sala de espera, ou seja, é preciso refletir sobre o que seja concretização da promoção à saúde e educação em saúde; sem dúvida, há outros pontos também a serem problematizados além da utopia da sala de espera e da proposta do humaniza SUS relacionados com a realidade que presenciamos no dia a dia do serviço público de saúde.

A opção por se tomar a humanização como política pública no SUS foi para incluí-la como um valor do cuidado e da gestão, para afirmação de uma nova ética na saúde: a de colocar no primeiro plano as pessoas, seus interesses, desejos e necessidades (PASCHE, 2009).

Dessa maneira, a saúde passará a incluir a extensão de qualidade de vida e não puramente de ausência da doença, o que estabelece pessoas informadas a cerca dos cuidados para ter saúde e com habilidade pessoal para melhorar as condições físicas e psicossociais na comunidade onde vivem. Diante tudo isso já exposto e discutido, o local de efetivação da sala de espera não precisa ser obrigatoriamente uma sala fechada, mas pode ser um local mais apropriado para as atividades propostas a serem desenvolvidas neste ambiente e onde as pessoas possa se sentir confortável e a vontade para transitarem ou se comunicar com as demais pessoas com o mínimo de estabilidade e respeito. Desde que o mesmo seja

adequadamente organizado, onde todos possam participar de forma integradora e com ações planejadas com criatividade, as finalidades propostas podem ser calmamente alcançadas.

Desde 1994 quando o M.S - Ministério da Saúde lançou o PSF como Política Nacional de Atenção Básica, até os dias atuais, a organização e a prática da saúde vêm sendo levada para o mais próximo possível das famílias. A saúde pública esforça-se para superar seu antigo modelo assistencial que revelava ações pontuais e desordenadas, insuficientes para refrear a miséria e as péssimas condições de saúde da população brasileira. Apesar da relevância da implantação do PSF faltam, contudo, evidências que apontem esse programa como estratégia suficientemente eficaz para a reorientação dos modelos assistências dominante (PAIM, 2002).

Eis o maior desafio do SUS ao criar o PSF como estratégia principal de humanização no atendimento à saúde nos municípios, fazer por onde o programa dar certo e empregar todos os esforços possíveis para investir onde haja mais carências. Em termos práticos, tem-se reduzido a mortalidade infantil e alterado positivamente outros indicadores, viabilizando o acesso a um serviço mais humanizado e contribuído em decisões políticas influentes na melhoria da qualidade de vida das comunidades (AYRES, 2006). Para atender as necessidades específicas da população bem como carências da visão atual dessa assistência é preciso novos métodos assistências no qual estejam inseridos profissionais tanto da área clínica da saúde como também da parte psíquica, para que o indivíduo seja atendido nas suas mais adversas especificidades, não deixando assim máculas ou traumas decorrentes de uma assistência parcial quando na verdade essa assistência deveria ter sido total.

Na constituição federal de 1988 foi estabelecido que a saúde fosse um direito de todos e de responsabilidade do Estado, dando embasamento teórico aos princípios e diretrizes do SUS. Vale ressaltar que a atenção às necessidades básicas da saúde deve ser o alicerce para assistência da população. Levando em consideração as necessidades dos usuários e diante da necessidade de mudanças surgiu a Política Nacional de Humanização - PNH ou Humaniza SUS, lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde e emerge no SUS como política que tem por objetivo desencadear movimentos de experimentação no campo ético-estético-política das práticas de saúde visando modificar os modos de gestão e cuidado em saúde.

A PNH caminha no método de tríplice inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários), nos processos de produção de saúde e corresponsabilidade com um acolhimento mais digno e humanizado, uma vez que é o acolhimento a diretriz de maior relevância ética na ação do cuidado. Visando um aperfeiçoamento na relação do usuário e trabalhador da saúde, apresentando outro modo de se produzir saúde e constituindo uma ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na

garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços, pensou-se um ambiente onde deve acontecer o cuidado humanizado, onde os profissionais desenvolvam atividades educativas que auxiliem na promoção da saúde e na prevenção das doenças, harmonizando assim uma melhoria no atendimento e na relação interpessoal paciente/profissional da saúde/gestores. Segundo Teixeira e Veloso (2006), podem ser consideradas um espaço dinâmico, onde ocorrem vários fenômenos psíquicos, culturais, singulares e coletivos. Esse ambiente é denominado Sala de Espera, um ambiente para o acolhimento onde exista relação usuário e profissional durante o tempo de espera pelo atendimento.

O acolhimento não é só um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas o compartilhamento de saberes, angústias e invenções (BRASIL, 2009). O acolhimento durante o tempo de espera pelas consultas médicas é um espaço que propicia ações educativas e de correspondência de experiências entre os usuários, permitindo a interação do conhecimento popular com os saberes dos profissionais de saúde. Essa permissão de troca de saberes promove uma interação social que vai além do contato dos profissionais da saúde com os pacientes, a sala de espera propõe o esclarecimento para os pacientes que geralmente desconhecem seus direitos e informações básicas a cerca do serviço que ele necessita. Já no caso dos pacientes que possuem certo conhecimento este ambiente torna-se um local no qual eles se sentem valorizados e respeitados, pois a troca de experiências indica que sua realidade não é ignorada.

Consequentemente a sala de espera suaviza o cansaço físico e o desgaste emocional pertinente ao tempo de espera por atendimento, espera que pode provocar ansiedade, angústia, revolta, tensão, e comentários quase sempre negativos acerca do atendimento dos serviços públicos de saúde.

Para que o trabalho de humanização do atendimento na sala de espera aconteça é necessário à contribuição e a ajuda de alguns profissionais como agentes de saúde, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e pedagogos entre outros, mas isso quase não acontece, o que permite na atualidade afirmar que a sala de espera almejada pela proposta da Política Nacional de Humanização e na proposta do Humaniza SUS é uma utopia e não uma realidade concreta de funcionamento e prestação de serviços.

É importante reconhecer que estamos longe de dispor de uma rede de atenção básica com ampla cobertura e com eficácia adequada (CAMPOS, 2008). Nesse contexto, evidencia-se que apesar de existir uma proposta de humanização e de sala de espera onde exista o espaço de diálogos e debates para estreitamento das relações entre os usuários e o serviço

disposto, ainda não se efetivou esta proposta na prática, na maioria dos PSF implantados até os dias atuais só uma pequena minoria dispõe deste espaço que constitui um importante alicerce para a melhoria da qualidade do atendimento de saúde prestado.

Tal proposta quando colocada em prática efetivamente e cobrindo a demanda do atendimento em todo o país, irá refletir em um serviço mais humanizado como é a proposta real, ampliando o conceito de cuidado biológico para um conceito de cuidado integral aos usuários. Embora entrevejam um horizonte comum ao estabelecer sujeitos e sociedades ativos quanto à busca da saúde é importante reconhecer duas instáveis acerca da metodologia e realidade da sala de espera, ou seja, é preciso refletir sobre o que seja concretização da promoção à saúde e educação em saúde; sem dúvida, há outros pontos também a serem problematizados além da utopia da sala de espera e da proposta do humaniza SUS relacionados com a realidade que presenciamos no dia a dia do serviço público de saúde.

A opção por se tomar a humanização como política pública no SUS foi para incluí-la como um valor do cuidado e da gestão, para afirmação de uma nova ética na saúde: a de colocar no primeiro plano as pessoas, seus interesses, desejos e necessidades (PASCHE, 2009).

Dessa maneira, a saúde passará a incluir a extensão de qualidade de vida e não puramente de ausência da doença, o que estabelece pessoas informadas a cerca dos cuidados para ter saúde e com habilidade pessoal para melhorar as condições físicas e psicossociais na comunidade onde vivem. Diante tudo isso já exposto e discutido, o local de efetivação da sala de espera não precisa ser obrigatoriamente uma sala fechada, mas pode ser um local mais apropriado para as atividades propostas a serem desenvolvidas neste ambiente e onde as pessoas possa se sentir confortável e a vontade para transitarem ou se comunicar com as demais pessoas com o mínimo de estabilidade e respeito. Desde que o mesmo seja adequadamente organizado, onde todos possam participar de forma integradora e com ações planejadas com criatividade, as finalidades propostas podem ser calmamente alcançadas.

Os fatores determinantes e condicionantes, dentre outros, que exigem a atenção nas políticas e ações de saúde são: *alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais* (art. 3º). As ações e serviços são de responsabilidade dos “órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” que constituem o Sistema Único de Saúde – SUS (art. 4º), incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados.

Estão também incluídas as ações de vigilância sanitária; de vigilância epidemiológica; de saúde do trabalhador; de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; a formulação da política e ações de saneamento básico; a formação de recursos humanos na área de saúde; a vigilância nutricional e a orientação alimentar; a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico; e a formulação e execução da política de sangue e seus derivados (art. 6º).

Também pode ocorrer, nos municípios, a organização em distritos para integração e articulação de recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde. Há previsão de criação de comissões intersetoriais nacionais, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (art. 12), políticas que devem atender para a alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiologia; recursos humanos; ciência e tecnologia; e saúde do trabalhador.

Também devem ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS nos municípios.

3 METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma pesquisa bibliográfica e documental a PNH - Política Nacional de Humanização da Saúde. Foi realizado um levantamento em livros, teses, dissertações, artigos científicos, relatórios e documentos oficiais. As bases de dados consultadas foram a Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO, Constituição Federal e, Site do Ministério da Saúde.

Após criteriosa seleção, os materiais relevantes, para efeito desta pesquisa, foram submetidos à leitura crítica e sistemática o que viabilizou a reflexão acerca dos limites e possibilidades de implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) no âmbito municipal.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política Nacional de Humanização (PNH) HumanizaSUS tem como diretriz para o atendimento público de saúde uma dimensão ético/estético/política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque ocasiona um processo inventivo e sensível de promoção da saúde e de subjetividades autônomas; política, pois se refere à articulação social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede pública municipal de saúde dentro do programa SUS.

É necessário salientar que os dispositivos da PNH, derivam de princípios, método e diretrizes da Política de Humanização, constituindo-se em um todo coerente. Nesta proporção, é possível analisar que sua implantação e consolidação impõem crítica constante, devendo-se interrogar sobre os modos de operar e os efeitos dos instrumentos, que por si só não garantem ação transformadora.

Há um cultivo democrático no SUS como efeito de um processo político-social registrado na Carta Constitucional Brasileira, o qual não está em jogo, ou seja, sua base discursiva e doutrinária não está em discussão: a produção de políticas de saúde decorre deste plano, destas regras.

A PNH destaca os direitos dos usuários e trabalhadores de saúde, com a potencialização da capacidade de criação que constitui o humano, valorizando sua autonomia numa configuração coletiva dos processos de atenção e gestão, eis as possibilidades que a política de humanização traz.

A humanização como Política Pública de Saúde é de extrema importância para a reorganização e avaliação da qualidade dos serviços de saúde, pois além de contribuir para a consagração de um vínculo entre profissionais e usuários contribui para uma satisfação entre usuários, profissionais e gestores. Salientando que a PNH constituída como política pública, não pode ser alcançada sem a mobilização das forças de todos que faz a saúde acontecerem.

O SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE necessita ser reconsiderado, reorganizado e resgatado, pois atualmente sabe-se que existem bastantes controvérsias quanto ao seu efetivo funcionamento e aplicabilidade como política pública de saúde em nível nacional, estadual e municipal, fazendo da Humanização uma estratégia de sanar tais questões, já que a mesma é considerada como fator principal para evitar os colapsos dos serviços de saúde. Frente ao exposto fica evidente a necessidade de reforçar a importância da humanização, a necessidade de se prestar nas repartições públicas municipais um atendimento de efetiva qualidade.

A visão descentralizada do poder, o fim do excesso de burocracia, um atendimento que satisfaz os usuários e servidores que se interessam em cumprir seu papel de servidor de um ambiente que promove saúde, a reforma administrativa de forma generalizada, portanto, passa a ser um instrumento estratégico de modificação e inovação, buscando uma gestão de saúde pública municipal eficiente e recursos para os problemas públicos bem como o atendimento às dificuldades da sociedade. Para que esses objetivos sejam alcançados, os recursos humanos são o principal objetivo da Reforma Administrativa, do HumanizaSUS e do próprio SUS como política pública.

A construção e a implantação do modelo humanizado no setor público municipal precisam primordialmente do desenvolvimento de múltiplas competências do funcionalismo, tendo em vista que estes caracterizam a parte principal de uma instituição que presta serviços. Este perfil, portanto, é dinâmico na transformação do profissional em um agente de mudanças, que venha a ampliar a arte de atender pessoas qualificando os serviços públicos e reposicionando novas formas de pensar e agir em busca do desenvolvimento de uma oferta de serviços públicos de saúde efetivamente *HUMANIZADA*.

Pode se concluir que a PNH faz uma aposta política, buscando com que seus princípios e diretrizes sejam efetivados. Trata-se, portanto de dar destaque, fazer referência explícita, aos direitos dos usuários e trabalhadores de saúde, com a potencialização da capacidade de criação que constitui o humano, valorizando sua autonomia numa configuração coletiva dos processos de atenção e gestão. Partindo dessa perspectiva, a PNH mostra como possibilidades a melhoria do atendimento nos serviços públicos de saúde, com uma saúde mais digna e solidaria e a melhoria das condições de trabalho.

No entanto o presente estudo demonstra que apesar do esforço contínuo, a PNH ainda enfrenta limites a viabilidade da humanização na saúde como a falta de avaliação e monitoramento dos programas e políticas de saúde; Lapsos existentes nos campos social, econômico e cultural; Falta de qualificação e formação dos profissionais de saúde; Falta de motivação dos profissionais causada pela precária concessão de salários; Má gestão dos recursos destinados à saúde e a falta de recuperação, adaptação e melhora dos espaços físicos. Entretanto é importante a formulação adequada entre: políticas públicas na efetivação da PNH X as formas de gestão na saúde, ou seja, agregar a ideia a prática, a instrução à transformação da realidade da humanização na saúde pública para se chegar a alcançar a meta da Política Nacional da Humanização.

PNH – POLICY NATIONAL HEALTH HUMANIZATION: Limits and Possibilities**ABSTRACT**

The PNH - National Policy on Health Humanization, launched by the Health Ministry in 2003, focuses attention, promotion and humanization of the management actions of the Unified Health System. This work aims to analyze the limits and possibilities of the implementation of the HNP. in Brazilian municipalities. A literature search was conducted on books, theses, dissertations and journal articles, as well as desk research from sources such as reports and official documents. The results of this research indicate that within the context in which they gave the appearance of PNH as a public policy strategy. Discussion of PNH revealed its strength and translated different dimensions, such as the repositioning of the subjects in view of their role, the power of collective, the importance of building shared care networks, in contrast to the contemporary world characterized by individualism and generating competition disputes. It follows therefore that the humanization as Public Health Policy is of utmost importance for the reorganization and evaluation of the quality of health services, as well as contributing to the assignment of a link between professionals and users contributes to satisfaction among users , professionals and managers.

KEYWORDS: Management, National Humanization Policy; Health System; Public Health.

REFERÊNCIAS

AYRES, R. C. V. et al. **Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade**. O Mundo Da Saúde. São Paulo, v. 30, n. 2, p. 306-311, abr-jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha ABC do SUS: Diretrizes e Princípios. Brasil, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. 1. ed. Brasília: MS, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano nacional de saúde: um pacto pela saúde no Brasil. Brasília: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de Fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, 2006a. Disponível em: < dtr2001.saude.gov.br/.../PORTARIAS/.../GM-399.htm>. Acesso em: 30 de agosto de 2014.

BRASIL. Constituição de 1988. Disponível em:<<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 01 de setembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico. 3 ed. rev. e ampl. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma de assistência a saúde: NOAS/SUS – 01/2001. Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n0. 3, p. 561-571, 2005.

CAMPOS, G.W.S. **Humanização na saúde**: um projeto em defesa da vida? Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Abr. 2007.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da Assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva* [on line]. 2004, vol. 9 [cited 28 april 2005], p. 7 – 14. Available from world wide web: < <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>>

DESLANDES, Suely F. “Frágeis Deuses: Profissionais de Emergência entre os Danos da Violência e a Recriação da Vida.” Fiocruz, Rio De Janeiro in -Análise do Discurso Oficial sobre a Humanização da Assistência Hospitalar: Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2004.

FRANCO TB, PANIZZI M, FOSCHIERA M. **O "Acolher Chapecó" e a mudança do processo de trabalho no Programa Saúde da Família(PSF)**. 2004.

GONÇALVES, A.V.F.; RAMOS, M.Z. Os diferentes modos de trabalhar e Expressar a humanização no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 19(supl.2), p. S18-24, 2009.

_____. Ministério da Saúde. *Ouvidoria do SUS*. Ouvidoria pública de saúde de Belo Horizonte, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. In: Série B - Textos Básicos de Saúde. 2 ed. Brasília/DF. 2006 a.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). *Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: 2004. v. 9, n. 4.

MENDES, Áquilas N. Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001). 2005.422 f.Tese (Doutorado em Economia) - Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas,2005.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis: rev. saúde cole.* Rio de Janeiro, v.20, n.4, 2010.
GIL, A.C Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

PASCHE, D.F. 1º *Seminário Nacional do Pró-Saúde II*.Coord. PNH e Gestão do SUS/MS, 2009.

PASCHE, Dário Frederico. Abertura do 2º Seminário Nacional de Humanização da Saúde. In: Anais do 2º SNH. Brasília, 05 de outubro de 2014. Disponível em: <http://www.sispnh.com.br/anais/mesa_pnh1.asp>. Acesso em: 14 de junho de 2015.

PEDRO, I. C.S.; NASCIMENTO, L. C.; POLETI, L. C.; LIMA, R. A. G.; MELLO, D. F.; LUIZ, F. M. R.; O brincar em sala de espera de um ambulatório infantil na perspectiva de crianças e seus acompanhantes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 15, n. 2, 2007.

PESSINI, Leo e **BERTACHINI**, Luciana. “Humanização e Cuidados Paliativos”. Edições Loyola/Centro Universitário São Camilo. São Paulo, 2004.

Portal da Saúde: Histórico de cobertura da Saúde da Família. http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php> acesso em 10 de setembro de 2014.

SANTOS-FILHO S.B. **Avaliação e humanização em saúde:** aproximações metodológicas. Ijuí, RS: Editora Unijuí, ABRASCO, 2009.

SOLLA, Jorge JSP. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de gestão”. *Revista de Saúde Pública da Bahia*, v. 30, n.2, p.332-348, jul./dez. 2006.

STARFIELD, Barbara. Atención primaria. equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologia. Barcelona: Fundació Jorgi Gol i Gurina; Masson. 2001. Título em português: Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; Unesco, 2002, 726 p. ISBN 85-87853-72-4. Título original: Primary care: balancing health needs, services, and technology.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. **O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde.** *Texto & Contexto Enfermagem*, abril-junho. Vol 15, n 2. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil, p. 320-325, 2006.

TREVISAN, Leonardo Nelmi ; JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.4, p.893-902, 2007.

UGA, Maria Alicia; PIOLA, Sérgio Francisco; PORTO, Sílvia Marta et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n.2, p.417-437, 2008.