



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIA ROBERTA MEDEIROS ANGELIM

**OS DESAFIOS À EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
DA SAÚDE NO CONTEXTO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES (EBSERH)**

**CAMPINA GRANDE
2017**

MARIA ROBERTA MEDEIROS ANGELIM

**OS DESAFIOS À EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
DA SAÚDE NO CONTEXTO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
HOSPITALARES (EBSERH)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira.

**CAMPINA GRANDE
2017**

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.

A582d Angelim, Maria Roberta Medeiros

Os desafios à efetivação da política nacional de humanização da saúde no contexto da empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSERH) [manuscrito] / Maria Roberta Medeiros Angelim. - 2017.

34 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2017.

"Orientação: Profa. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira, Departamento de Serviço Social".

1. SUS. 2. Política de saúde. 3. EBSERH. 4. Gestão da saúde. 5. Humanização. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

PARECER FINAL

A banca examinadora, instituída de acordo com a Regulamentação do Trabalho de Conclusão de Curso aprovado no Colegiado do Curso de Serviço Social da UEPB, após a defesa, seguida de uma análise do artigo apresentado, resolve considerá-lo SATISFATÓRIO, atribuindo ao aluno (a) NOTA 9,5.

Aluno (a): Maria Roberta Medeiros Angelim

Artigo: OS DESAFIOS À EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH)

Data da Defesa 11/08/17

Campina Grande – PB, 11 de 08 de 2017.

BANCA EXAMINADORA:

Sandra Amélia Sampaio Silveira

Profª. Ms. Sandra Amélia Sampaio da Silveira (Orientadora)
Profª. Universidade Estadual da Paraíba/Mestre em Serviço Social

Lúcia Maria Patriota

Profª. Ms. Lúcia Maria Patriota (Examinadora)
Profª. Universidade Estadual da Paraíba/Mestre em Saúde Coletiva

Maria do Socorro Pontes de Souza

Profª. Ms. Maria do Socorro Pontes de Souza (Examinadora)
Profª. Universidade Estadual da Paraíba/Mestre em Serviço Social

AGRADECIMENTOS

Foi uma longa jornada! Muito cansaço, muitas dúvidas, muitos sonhos e acima de tudo, muita força de vontade de vencer mais esse desafio na minha vida. Ainda bem que ao longo desse caminho pude contar com muitas pessoas maravilhosas, que ajudaram a tornar essa caminhada mais suave.

Quero agradecer aos meus pais que sempre foram minha fonte de inspiração e mesmo longe me deram apoio. A minha filha Sara que é minha força e minha fonte de inspiração pra eu seguir, sempre. Agradecer também a Silvio, meu marido e amigo, que nunca me deixou desistir, sempre acreditando que eu posso e fugindo de casa com Sara para que eu pudesse estudar! A minha irmã Fernanda que por várias vezes ficou com Sara para que eu pudesse me dedicar ao TCC. Aos meus outros oito irmãos, que não faltaram com apoio para que eu pudesse concluir essa graduação. A minha amiga Jussara que sempre me incentivou e me aconselhou ao longo de todos esses anos de estudo e amizade sincera. A minha amiga Luana, que também está na luta e nunca deixou de me incentivar. A Minha sogra Maria José, que sempre me apoiou e por tantas vezes me emprestou o computador para que eu pudesse adiantar meu TCC. A professora Sandra que foi um verdadeiro anjo na minha vida! Mesmo depois de tantos anos ela nunca desistiu de mim! As palavras de cobrança dela, sempre vieram acompanhadas de palavras de carinho. As professoras Lúcia Patriota e Socorro Pontes com as quais pude conviver durante o curso e tenho um grande carinho. Obrigada todos que mesmo não citando nesses agradecimentos, contribuíram de alguma forma para que esse capítulo da minha vida fosse encerrado.

SUMÁRIO

RESUMO.....	05
1. INTRODUÇÃO.....	05
2.UM BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE: DAS ORIGENS AOS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS POSTOS PARA O SUS.....	07
3. A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE (PNH).....	15
4. OS DESAFIOS DE CONSOLIDAÇÃO DA PNH FRENTE AO MODELO DE GESTÃO DA EBSERH.....	21
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
ABSTRACT	31
REFERÊNCIAS.....	32

OS DESAFIOS À EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH)

Maria Roberta Medeiros Angelim¹

RESUMO

O presente artigo teve por objetivo geral analisar os desafios da Política Nacional de Humanização, diante do modelo de gestão proposto pela Empresa Brasileira Serviços Hospitalares (EBSERH). Os objetivos específicos foram: traçar a trajetória da política de saúde no Brasil e os novos modelos de gestão da saúde pública no país; discutir a Política Nacional de Humanização (PNH) e as dificuldades que a implantação da mesma apresenta com a chegada dos novos modelos de gestão do SUS, especialmente a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); e, identificar os desafios para consolidação da PNH frente o modelo de gestão da EBSERH. O interesse pela temática surgiu a partir da inserção no campo de estágio obrigatório de Serviço Social realizado no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) nos anos de 2012 e 2013. O artigo decorre de um estudo bibliográfico e documental, que teve como principais resultados: as diretrizes da PNH têm dificuldades de ser implantadas, já que os novos modelos de gestão contribuem para o desmonte dos direitos sociais, tão arduamente conquistados; os novos modelos de gestão na saúde tendem a contradizer a legislação do SUS e, conseqüentemente, prejudicam os trabalhadores e usuários da saúde; a EBSERH inviabiliza a efetivação da Política Nacional de Humanização, pois ameaça a universalidade do direito à saúde, a gratuidade do sistema público e aprofunda a mercantilização da saúde.

Palavras-Chave: SUS; Política Nacional Humanização; EBSERH; Modelos de gestão da saúde.

1. INTRODUÇÃO

A política de saúde adquiriu caráter universalista a partir do processo de redemocratização do país. Baseado nos princípios constitucionais da equidade, universalidade e integralidade, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1998, estabelecendo uma política pública de saúde que se propõe a uma atenção integral, democratizando as informações e incorporando novas tecnologias, saberes e práticas.

Entretanto, a trajetória da saúde no Brasil é marcada por muitas lutas e também avanços e recuos. Desde a década de 1990 tem-se uma adesão e o aprofundamento do neoliberalismo, resultando no desmonte das políticas sociais, especialmente a política de

¹ Jornalista e graduanda em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
robertaangelim@hotmail.com

saúde, através da proposta de contrarreforma do Estado². Nesta direção, a saúde tem sido direcionada para a focalização das ações, para a parceria público-privado e as propostas de novos modelos de gestão na administração pública.

As conquistas imprimidas na Constituição Federal de 1988 vêm sendo gradativamente fragilizadas, agravando o processo de precarização do SUS. A adesão aos novos modelos de Gestão através da criação de Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações Estatais de Direito Privado e, mais atualmente, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), culmina na entrega da gestão dos serviços de saúde aos setores privados, através dos contratos de gestão para consolidar o projeto privatista em curso.

Diante desse cenário de regressão de direitos imposto pelas políticas de cunho neoliberal, a Política Nacional de Humanização criada em 2004, surge como um avanço, pois, reafirma os princípios do SUS, de acesso universal, integralidade da atenção, equidade na gestão, de acordo com as necessidades de saúde da população, visando dessa forma o fortalecimento do sistema público de saúde, buscando contribuir na melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil.

Nesse contexto, o presente artigo foi motivado pela nossa inserção no campo de estágio obrigatório de Serviço Social do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) nos anos de 2012 e 2013. Neste período a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) vivenciava o processo de discussão acerca da possibilidade de aderir à EBSERH, para a gestão dos seus hospitais universitários. Tal fato, aliado as nossas observações, no cotidiano do estágio, sobre a importância da humanização do atendimento aos(as) usuários(as) do HUAC, despertou o nosso interesse de estudar o tema da Humanização da saúde e seus desafios no contexto de um modelo de gestão como o da EBSERH

Assim, este trabalho resulta de uma pesquisa bibliográfica e documental que teve como objetivo principal: analisar os desafios da Política Nacional de Humanização, diante do modelo de gestão proposto pela EBSERH. Os objetivos específicos que guiaram o estudo foram: traçar a trajetória da política de saúde no Brasil e os novos modelos de gestão da saúde pública no país; discutir a Política Nacional de Humanização (PNH) e as dificuldades que a implantação da mesma apresenta com a chegada dos novos modelos de gestão do SUS,

²Nos anos de 1990 o Brasil vivenciou um processo de contra-reforma marcado pela expropriação de direitos, principalmente os sociais. Esse processo está articulado à ascensão do neoliberalismo nos anos 1980, consequência da crise do Estado de Bem Estar Social na década de 1970. (Oliveira, 2011)

especialmente a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); e, identificar os desafios para consolidação da PNH frente o modelo de gestão da EBSERH.

Os dados necessários para a construção do artigo foram obtidos a partir de documentos primários (livros e trabalhos científicos publicados em periódicos, bibliotecas virtuais, bancos de teses e dissertações) e secundários (leis, portarias, cartilhas do Governo Federal e do Ministério da Saúde).

O artigo está estruturado em três itens. No primeiro item mostramos um breve histórico da política de saúde no Brasil até a criação dos novos modelos de gestão, enfatizando a criação da EBSERH; no segundo apresentamos a Política Nacional de Humanização (PNH) e no terceiro, expomos os desafios de consolidar a PNH frente ao modelo de gestão da EBSERH e por fim trazemos as considerações finais.

2. UM BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE: DAS ORIGENS AOS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS POSTOS PARA O SUS

As primeiras iniciativas por parte do Estado no campo da política de saúde no Brasil surgiram no século XIX, motivadas por transformações econômicas e políticas, a exemplo da realização de campanhas sanitárias, ainda que limitadas. Antes deste período a assistência médica era baseada na filantropia ou no pagamento pelos serviços nesta área, por parte de quem necessitasse dos mesmos.

No final do século XIX, o movimento operário começou a reivindicar melhorias na saúde. No século XX, durante a década de 1920, o poder público tenta expandir as ações voltadas a saúde pública no país com várias ações, a exemplo da reforma Carlos Chagas, que introduzia a propaganda e a educação sanitária. A saúde do trabalhador também foi colocada como alvo de ações nesta década, sendo criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)³. Estas eram mantidas com dinheiro do governo, das empresas empregadoras e dos próprios empregados, oferecendo aos segurados desde o fornecimento de medicamentos, até assistência médica e aposentadorias (BRAVO, 2009).

Porém, somente na década de 1930 o Estado realiza algumas iniciativas mais amplas nesta área, uma vez que a saúde começa a aparecer no cenário nacional como uma questão social. Como afirma Braga; Paula (1985) “A Saúde emerge como “questão social” no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o

³ Beneficiavam os empregados das empresas ferroviárias, marítimos e portuários.

avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado” (BRAGA; PAULA, 1985*apud* BRAVO, 2009, p.2).

A partir da década de 1930, com o processo de industrialização e de organização e mobilização da classe trabalhadora, a sociedade brasileira presenciou o surgimento de políticas como forma de responder aos anseios da população. A política de saúde formulada neste período estava organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária, que se deu através da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs⁴) (BRAVO, 2006).

A saúde pública ficou centralizada na criação de condições sanitárias mínimas para a população urbana e rural, através de campanhas sanitárias, interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, criação de serviços de combate às endemias, entre outras.

Já na medicina previdenciária, os recursos para os IAP'S, eram oriundos dos descontos salariais compulsórios, que geravam renda para pagar as aposentadorias, pensões e assistência médica. Os recursos eram arrecadados pelo governo (BATICH, 2004).

Durante a ditadura militar (1964), a saúde assumiu um modelo que privilegiava o setor privado, com “ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar” (BRAVO, 2009, p. 7). A ação estatal visava regular e aliviar as tensões da sociedade e servir aos interesses capitalistas.

Na década de 1970 gesta-se o movimento de reforma sanitária, trazendo propostas dos intelectuais e dos movimentos sociais, que se contrapunham aos modelos de saúde até então vigentes, possibilitando que a saúde fosse vista de uma nova forma. As principais propostas defendidas por estes foram: a universalização de direitos, a saúde como direito de todos e dever do estado, gestão democrática e descentralização político-administrativa (BRAVO, 2009).

Durante a década de 1980, o país enfrentou uma séria crise econômica e a saúde passou a ganhar mais força nos debates e nas reivindicações da sociedade civil. Um acontecimento fundamental foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada

⁴A primeira instituição desse tipo, o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPM) surgiu em 1933 e destinava-se a agregar as CAPs dos marítimos. Ao longo da década, foram criados outros institutos para as categorias dos comerciários (1934), bancários (1935), industriários (1938) e os empregados em transportes e cargas (1938). Os tipos e valores dos benefícios previdenciários dos IAPs não eram uniformes. Cada categoria de atividade os estabelecia livremente e eram dependentes do percentual de contribuição que os participantes pagavam ao instituto durante sua vida ativa. As categorias com salários mais elevados tinham mais recursos para as provisões previdenciárias e incluíam até serviços de assistência médica. (BATICH, 2004, p.34).

em março de 1986, na cidade de Brasília, no qual a saúde passava a ser vista não somente como “ausência de doenças”, mas como um conjunto de fatores que garantissem condições sanitárias dignas para a população, sendo referenciada num amplo debate que contou não apenas com a representação de fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, trabalhadores da Saúde), mas também com moradores, sindicatos, etc. Como afirma Bravo (2009, p. 9): “A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária”.

Em 1988 a Constituição Federal veio assegurar juridicamente os direitos sociais no país, promovendo a ampliação do acesso da população à saúde e outras políticas, representando uma vitória dos movimentos sociais e um avanço, especialmente para os que lutaram pela saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

Todo esse processo que ganhou força na década de 1980 apresentou como resultado a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, com a Lei Orgânica da Saúde, composta pelas leis 8.080/90 e 8.142/90.

O SUS é composto por três princípios básicos: a universalidade – possibilitando o atendimento a todos como um direito e dever do Estado, acabando com a barreira de acesso entre segurados e não segurados; a integralidade - que vem garantir aos usuários um conjunto de ações contínuas e articuladas de serviços em todos os níveis de complexidades de atendimento; e a equidade – que garante ações e serviços em todos os níveis de atenção à saúde, de acordo com as necessidades de saúde identificadas. (BRASIL, 1990b)

Entretanto, observa-se desde a implantação do SUS a disputa entre dois projetos: o da Reforma Sanitária, alicerçado no Estado democrático de direito, o qual é responsável pelas políticas sociais, e o Projeto Privatista fundamentado no Estado mínimo, com ênfase no:

Caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (BRAVO, 2009, p.101).

A partir de 1990, a política de saúde passa a sofrer influências do projeto neoliberal iniciado no Brasil durante o governo do presidente Fernando Collor de Mello, que propõe a diminuição dos gastos e a focalização das políticas sociais, atinge os direitos sociais conquistados pela sociedade, especialmente as propostas de saúde construídas na década de 1980, desresponsabilizando o Estado de provê-la e assim ameaçando os avanços conquistados com o SUS e o cumprimento dos princípios que o sustentam, anteriormente mencionados.

A orientação neoliberal vem ocasionando ataques aos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação (BRAVO, 2009). Neste contexto, ocorre uma transferência das responsabilidades do Estado para o chamado terceiro setor, através das Organizações Não Governamentais (ONG's), bem como para a própria sociedade, que deve prover o acesso a serviços em várias áreas sociais, inclusive na saúde. A refilantropização também é utilizada como uma estratégia para realizar as atividades profissionais com baixos custos.

Segundo Bravo (2009), a proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma das suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos.

Nos anos 2000 a vitória do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, tornou-se um marco para a história do país, por ser um representante da classe operária a chegar a presidência da república, havia uma perspectiva que fosse fortalecido o modelo de reforma sanitária e as políticas sociais. Porém, a política neoliberal do governo anterior não foi superada e a lógica econômica foi mantida, a exemplo da manutenção da precarização e da terceirização dos recursos humanos (BRAVO, 2006).

Ao analisar os dois mandatos do presidente Lula, Bravo; Menezes (2008) observam a existência de propostas que buscaram enfatizar a Reforma Sanitária, realiza alterações na estrutura do Ministério da Saúde e convida profissionais comprometidos com a luta da reforma sanitária para ocupar cargos no mesmo, escolhe representantes da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde e realiza a 12ª Conferência Nacional de Saúde. Em contrapartida, segundo as autoras, o governo reforça o projeto privatista na medida em que foram ampliados os espaços privados tanto no setor econômico como em relação aos direitos sociais conquistados pela sociedade.

É notório ao longo dos governos citados o processo de desqualificação e desmonte do SUS, intensificando a privatização da saúde pública brasileira. Diante dessa intensificação e expansão “faz-se necessário atentarmos para a relação que se estabelece entre o público e o privado, pois esta vem se configurando como a saída encontrada pelos atuais governos como forma de resolver os problemas existentes no sistema de saúde, através de “novos” modelos de gestão” (RODRIGUES, 2014, p. 25).

Apesar da saúde ser “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990a), a partir da década de

1990, com o processo de contrarreforma decorrente da política neoliberal, o governo rompe com alguns avanços, conquistados a partir da Constituição Federal de 1988. Como afirma Teixeira (2010), o governo se distancia de sua responsabilidade enquanto mantenedor dessa política e sugere transferir sua responsabilidade a terceiros, ressaltando a importância de parcerias com o setor privado.

O Plano Diretor da Reforma do Estado em 1995, elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), no governo de Fernando Henrique Cardoso, sob a direção do ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, dividiu o Estado em quatro setores: Núcleo estratégico, atividades exclusivas, setor produção de bens e serviços para o mercado e Serviços não exclusivos. As políticas sociais ficaram classificadas como serviços não exclusivos, onde a atuação dela poderia ser dividida com outras organizações públicas “não estatais” e privadas.

O Plano Diretor parte do princípio de que as funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não propriamente de executá-las. “Este plano vai apresentar como propostas para transformar a gestão pública as Organizações Sociais (1995) e, posteriormente, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (1999)” (REZENDE, 2008, p.26).

Através da Medida Provisória nº 1591, de 1997, o governo Fernando Henrique Cardoso, definiu critérios para estabelecer o que seriam as chamadas “Organizações Sociais (OSs)”, entidades que atuariam em parceria com o Estado, no fazer e na execução de responsabilidades pública. No ano seguinte, foi aprovada no congresso nacional a Lei nº 9.637 que “dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências” (REZENDE, 2008, p.27).

Essas entidades são regidas pelo direito privado, com financiamento do Estado e gerenciadas pelo terceiro setor⁵. De acordo com a lei Nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que rege as OSs, essas organizações têm a liberdade de contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem licitação, além de não prestar contas a órgãos responsáveis pelo controle da administração pública. O controle social seria de atribuição apenas do Conselho Administrativo, conforme discutiremos posteriormente.

⁵ "Trata de todas aquelas instituições sem fins lucrativos que, a partir do âmbito privado, perseguem propósitos de interesse público". (Thompson, 1997, p. 41).

A justificativa do governo Fernando Henrique Cardoso para a transferência de serviços como o da saúde ao setor privado é de que isto “resultaria em melhores serviços à comunidade; maior autonomia gerencial; maiores responsabilidades para os dirigentes desses serviços; aumento da eficiência e da qualidade dos serviços; melhor atendimento ao cidadão e menor custo” (REZENDE, 2008, p.27).

A Lei federal n.º 9.790, de 23 de março de 1999, instituiu as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), na esfera Federal de Governo. A Lei propõe “a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, e institui e disciplina o Termo de Parceria, tal como o Contrato de Gestão firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como Organização Social” (REZENDE, 2008, p. 28)

De acordo com a Lei nº 9.790/1999, a OSCIP deve possuir um regulamento próprio, que a guiará na contratação de bens e serviços. Esta instituição também não possui meios de controle social e a prestação do serviço público é transferida para ONGs, cooperativas e associações, reforçando a parceria entre o Estado e a sociedade civil.

Rezende (2008) afirma que “assim como as OSs, as OSCIPs não têm encontrado respaldo ou legitimidade social onde quer que se tentem implantá-las’. As tarefas e competências fixadas pela Constituição Federal para a Administração Pública, a serem executadas sob o regime jurídico do Direito Público, somente podem ser alteradas por meio de emenda constitucional. Qualquer tentativa de burlar referidos limites configurará fraude constitucional, como ocorre com as organizações sociais (SANTOS, 2000) e com as OSCIPs.

No quadro abaixo, Rezende (2008, p.31) apresenta uma síntese, dos aspectos em que divergem e se assemelham o SUS, OSCIPs e OSs:

2.1 - Síntese do modelo de gestão do SUS, das OSs e das OSCIPs

Sistema Único de Saúde (SUS)	Organizações Sociais (OSs)	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)
Gestão Única do Sistema de Saúde em cada esfera de Governo (Gestão do Sistema e da Rede de Ações e Serviços).	Autonomia Administrativa e Financeira de cada OS.	Autonomia Administrativa e Financeira de cada OSCIP.
Descentralização da Gestão entre as três esferas de Governo.	Descentralização das Ações e Serviços de Saúde para a Iniciativa Privada e não para os Municípios.	Descentralização das Ações e Serviços de Saúde para a Iniciativa Privada e não para os Municípios.

Hierarquização dos Serviços, conforme a complexidade da atenção à saúde, sob comando único.	Autonomia Gerencial dos Serviços de Cada OS.	Autonomia Gerencial dos Serviços de Cada OSCIP.
Financiamento Solidário entre as três esferas de Governo, conforme o tamanho da população, suas necessidades epidemiológicas e a organização das ações e serviços.	Financiamento definido no orçamento público, para cada OS, conforme a influência política de seus dirigentes, com “contrapartida da entidade” por meio da venda de serviços e doações da comunidade e com reserva de vagas para o setor privado, lucrativo.	Financiamento definido no orçamento público, para cada OSCIP, conforme a influência política de seus dirigentes, com “contrapartida da entidade” por meio da venda de serviços e doações da comunidade e com reserva de vagas para o setor privado, lucrativo.
Regionalização	Inexistente, porque a entidade possui autonomia para aceitar ou não a oferta regional de serviços, já que seu orçamento é estabelecido por uma das esferas de Governo.	Inexistente, porque a entidade possui autonomia para aceitar ou não a oferta regional de serviços, já que seu orçamento é estabelecido por uma das esferas de Governo.
Universalidade e Integralidade da Atenção à Saúde	Focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas, conforme o interesse da OS.	Focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas, conforme o interesse da OSCIP.
Participação da Comunidade, com a política de saúde definida em Conferências de Saúde.	Inexistente.	Inexistente.
Controle Social, com Conselhos de Saúde que acompanham e fiscalizam a implementação da política de saúde e a utilização de seus recursos.	Inexistente. O Controle Social tal como previsto na Lei 8.142/90 é substituído pelos tradicionais conselhos de administração internos da entidade, com paridade diferente daquela estabelecida na Lei 8.142/90 e não é deliberativo.	Inexistente. Somente a celebração do Termo de Parceria é precedida de consulta (?) aos Conselhos de Políticas Públicas existentes, das áreas correspondentes de atuação.

Fonte: Rezende (2008, p.31).

As Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), surgem durante o Governo Lula. De acordo com o Projeto de Lei Complementar 92/2007 essas fundações são constituídas como personalidades jurídicas de direito privado e estão aptas a realizarem suas atividades nas mais diversas áreas como saúde, incluindo os hospitais universitários, cultura e educação, sob a forma de prestação de serviços. As Fundações recebem do governo o pagamento pelos serviços prestados, tendo autonomia gerencial, orçamentária e financeira (TEIXEIRA, 2010).

O modelo de gestão do SUS criado mais recentemente é a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que tem o objetivo de administrar os hospitais universitários do país (HUs). A Lei 12.550, que cria essa empresa, foi sancionada em 15 de

dezembro de 2011, pelo Presidente Lula e se constitui como uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado, assim como as OSCIPs, OSs, FEDPs.

A EBSRH foi criada com a justificativa de reestruturar os hospitais universitários, porém, o sucateamento dos HUs reflete a falta de investimento nessas instituições. A implantação da EBSRH possibilita as duas portas de entrada (público e privado) nos HUs, o que reflete o caráter privatista da mesma (BRASIL, 2011).

Meirelles (2010) afirma que a empresa pública pertence ao mesmo tempo ao domínio do público e do privado, e que esta surge visando o lucro. No Artigo 2º da lei que cria a EBSEH coloca-se que o capital da empresa será exclusivamente provido pelo Governo Federal, confirmando o caráter privatista ao afirmar que as receitas da EBSEH deverão vir da alienação de bens e direitos, aplicações financeiras, através de direitos patrimoniais como aluguéis, foros, dividendos e bonificações, e de acordos e convênios que poderão ser realizados com entidades nacionais e internacionais. (BRASIL, 2011).

Embora a EBSEH seja descrita como uma empresa pública, ela utiliza a lógica de mercado para administrar, privatizando parte dos serviços oferecidos nos HUs e visando o lucro.

Observa-se claramente a posição do governo na escolha por um modelo de gestão regulado pelo regime privado, baseado no lucro e na produtividade. Para todos que defendem um SUS universal, equânime, totalmente público a EBSEH representa uma forma velada de privatização. (RODRIGUES, 2014, p. 34).

De acordo com um relatório produzido pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, movimento criado em 2010 que luta por um SUS 100% público e de qualidade, alguns hospitais universitários geridos pela EBSEH, já apresentam prejuízos financeiros, serviços de saúde insuficientes aos usuários, indícios de desperdício de dinheiro público, irregularidades nos concursos realizados pela empresa, insatisfação dos contratados, desrespeito a autonomia universitária e judicialização de demandas contra a EBSEH. Tais pontos descritos mostram alguns dos prejuízos causados pela empresa aos trabalhadores e usuários.

O referido relatório cita ainda que no ano de 2014 o Departamento de auditoria do SUS, auditou que a EBSEH não implementou os serviços que estavam previstos no plano contratual. Por fim, o relatório produzido pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde define a EBSEH como “uma empresa de direito privado, cujo objetivo é a exploração direta de atividade econômica, incluindo a produção do lucro” (p. 13).

Vale destacar que este processo de privatização foi incrementado ainda pela lei 13.097/2015, aprovada pela presidente Dilma Roussef, que estabelece a abertura do capital estrangeiro na oferta de serviços à saúde, inclusive para o setor filantrópico, que tem direito a isenções fiscais por parte do governo. Essa lógica de mercado tende a priorizar os serviços mais lucrativos.

Com o impeachment da Presidente Dilma Roussef em agosto de 2016 e a posse do presidente Michel Temer, em 31 de agosto, os ataques ao SUS continuam. A PEC 241/2016, proposta pelo presidente, limita os salários dos servidores e os investimentos em vários setores, entre eles, a saúde, pelos próximos 20 anos e impede o aumento dos gastos públicos. Segundo o presidente, o dinheiro economizado será direcionado para o pagamento da dívida pública. Ou seja, a saúde e demais áreas terão os investimentos congelados. Com esse congelamento o Estado não poderá promover melhorias nessas áreas, agravando ainda mais a situação da saúde em nosso país, ao propiciar o sucateamento do SUS, a privatização do sistema de saúde e a piora das condições de vida da população brasileira. Segundo uma nota técnica divulgada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), na Saúde, a perda acumulada será de 654 bilhões de reais, em um cenário de crescimento do PIB de 2% ao ano. (IPEA, 2016).

Tais medidas, pautadas na lógica neoliberal de Estado mínimo, dificultarão ainda mais o acesso aos serviços de saúde, aumentarão as filas, a insuficiência de recursos nas unidades de saúde e a superlotação e falta de leitos hospitalares, agravando ainda mais os problemas reais do SUS.

Portanto, fere o SUS e as demais políticas criadas com o intuito de fortalecê-lo, como por exemplo, a Política Nacional de Humanização, pois esta “não pode estar dissociada dos elementos que de fato visam garantir o atendimento e o acesso universal, equânime, integral. E isso implica em questões mais amplas, como o financiamento da saúde, recursos humanos e materiais, entre outras” (CONCEIÇÃO, 2009, p.217).

3. A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

O tema da humanização da saúde aparece na pauta de discussões e reivindicações no Brasil desde a década de 1960, colocada pelo movimento feminista no âmbito do debate em torno da saúde da mulher, especialmente no que tange a assistência ao parto (CARNOT, 2005; COSTA, 2004; VIEIRA, 2002; ALMEIDA, 1984 apud PASSOS; BENEVIDES, 2005).

Na década de 1970, o movimento de luta antimanicomial contribuiu expressivamente para o que posteriormente seria a política de humanização, pois esse movimento que mobilizou setores da sociedade civil lutava pelo fim do uso abusivo de medicamentos, dos castigos físicos, mentais e psicológicos (CONCEIÇÃO, 2009).

O marco da saúde na década de 1980 foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), que aconteceu em um contexto de efervescência, conforme discutido anteriormente, no qual a população foi às ruas para reivindicar seus direitos, a assistência ao usuário passou a ser vista sob uma nova perspectiva. Como afirmou o relatório final da referida conferência: “em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terras e acesso a serviços de saúde”. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 4).

Vilar (2009) diz que o referencial da humanização ganhou uma maior visibilidade política a partir do ano 2000, quando apareceu entre os temas principais na XI Conferência Nacional de Saúde: “acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”.

Dando sequência a discussão, no ano 2001, durante a gestão do então ministro da saúde José Serra, foi implantado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).

O PNHAH propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão da assistência aos usuários, nos hospitais públicos do Brasil, melhorando qualidade e a eficácia dos serviços, prestados hoje por essas instituições. É seu objetivo fundamental aprimorar as relações entre os profissionais de saúde e o usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade (BRASIL, 2001, p. 7).

Ainda de acordo com a PNHAH, a iniciativa foi pensada após as inúmeras queixas dos usuários, em relação à qualidade do atendimento que eles recebiam nas unidades hospitalares. A partir daí, profissionais da saúde mental foram convidados para formar um comitê técnico e elaborar o referido programa (BRASIL, 2001). Um projeto piloto foi implantado a partir do projeto da PNHAH, em hospitais de diferentes regiões do país. Neste contexto:

É fundamental a sensibilização dos dirigentes dos hospitais para a questão da humanização e para o desenvolvimento de um modelo de gestão, que reflita a lógica do ideário desse processo: cultura organizacional pautada pelo respeito, pela solidariedade, pelo desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos agentes envolvidos e dos usuários. (BRASIL, 2001, p. 12).

O projeto piloto implantado previu uma série de capacitações no país, envolvendo os profissionais de diversos setores da saúde.

Em 2003, o governo federal realizou a oficina nacional HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização, no qual se discutiu ações anteriores no âmbito da humanização. “Tomamos a humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo” (BRASIL 2004, p. 8). Esta citação evidencia uma responsabilização do sujeito, como se uma mudança de comportamento do mesmo, fosse suficiente para melhorar a saúde no país. Sabemos que a humanização é apenas um fator, que pode tornar o serviço mais satisfatório.

Segundo a Cartilha HumanizaSUS (BRASIL 2004) “humanizar” é oferecer um atendimento de qualidade aos usuários, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhorias dos ambientes e das condições de trabalho dos profissionais.

Nesta perspectiva, Vilar (2009, p. 39) diz que “a ideia da humanização na política pública também incorpora o seu reconhecimento como direito de cidadania”. Desta forma, a afirmação relaciona diretamente a política aos direitos de cidadania do indivíduo.

Segundo Conceição (2009, P. 201) “o termo humanização vai adquirindo vários significados e ampliando seu campo de ação, abrangendo desde a busca pelo direito das mulheres a um parto mais seguro e acolhedor até a atenção hospitalar”.

Observando que as iniciativas realizadas anteriormente, com relação à humanização, foram pautas em ações fragmentadas e isoladas, no entanto, não desprezando a contribuição quanto a “sensibilização dos gestores, trabalhadores e usuários sobre as questões relacionadas à humanização do atendimento” (BRASIL, 2004, p. 2), o governo Lula, no ano de 2004, transforma o PNHAH em uma política - a Política Nacional de Humanização (PNH), dessa forma reitera a importância de articular ações e programas e constrói a política (CONCEIÇÃO, 2009).

A criação da Política de Humanização englobou algumas iniciativas que já existiam, a exemplo da PNHAH, visando ampliar a discussão sobre a Humanização.

Vale ressaltar que entre os anos 1999 e 2002, além do PNHAH, algumas outras ações e Programas foram propostos pelo Ministério da Saúde voltados para o que também ali ia se definindo como campo da humanização contornado pelo debate sobre busca da qualidade na atenção ao usuário. Apenas para citar alguns, destacamos a instauração do procedimento de Carta ao Usuário (1999), 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), dentre outros. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 390)

Conceição (2009), afirma que a PNH em relação a PNHAH, teve avanços, mas a ideia do termo “humanização” continua direcionada para uma supervalorização das subjetividades, com um teor muitas vezes romantizado da prática médica. Essas definições dos autores mostram que o conceito da Humanização é polissêmico e que ainda está sendo aperfeiçoado, diante de análises críticas e estudos que estão sendo feitos sobre o tema.

Um dos principais objetivos da criação da PNH, segundo o discurso governamental, é a efetivação dos princípios do SUS nas práticas de trabalho como (integralidade, equidade e universalidade). Contudo, segundo Passos e Benevides (2005) “a humanização, expressa em ações fragmentadas e numa imprecisão e fragilidade do conceito, vê seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo” (p.390).

Para o desenvolvimento dessa política, deve haver um direcionamento que é pautado por alguns princípios, como:

o de valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização; estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS; utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (BRASIL, 2004, p. 10).

Sobre os princípios e diretrizes da PNH, Benevides e Passos (2005) afirmam que “a política se orienta por princípios, mas está comprometida também com modos de fazer, com processos efetivos de transformação e criação de realidade (p. 392)”. Os princípios por si só não garantem a efetividade da política. Eles precisam estar relacionados a outros fatores, como estruturais, valorização dos profissionais entre outros, para que a política de fato, cumpra seu papel.

Como afirma Casate e Corrêa (2005 *apud* CONCEIÇÃO, 2009, p. 203), a humanização “envolve questões amplas que vão desde a operacionalização de um processo político de saúde calcado em valores como a cidadania, o compromisso social e a saúde [...] e passando pela revisão das práticas de gestão”.

Assim, entre as prioridades da PNH estão: reduzir as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; as unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores. (BRASIL, 2004, p. 10).

Diante da demanda existente no SUS, somente a definição dos critérios de risco nas unidades hospitalares, não é suficiente para reduzir as filas na hora do atendimento, pois elas são formadas na maioria das vezes, devido ao pouco número de profissionais. A ampliação dos recursos, serviços e dos profissionais, bem como a melhoria das condições de trabalho, sem dúvida são importantes para alcançar esse objetivo.

Entre as estratégias gerais da PNH, o Ministério da Saúde (MS) propõe incluir o estudo da mesma como conteúdo profissionalizante na graduação, na pós-graduação e na extensão em saúde, além de ser incluída em discussões para que a mesma chegue a um maior conhecimento da população. A estimulação de pesquisas sobre o tema também é colocada como estratégia. (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde destaca também que dentre as diretrizes gerais para a implementação da PNH nos diferentes níveis de atenção, deve-se haver uma ampliação do diálogo entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo a gestão participativa. Este ponto ressalta a comunicação como ferramenta importante para a consolidação e efetivação da mesma, além de profissionais capazes de lidar com os conflitos familiares e as diferenças de gênero (BRASIL, 2004). A PNH busca:

Aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004, p.7).

Nesta discussão Conceição ressalta o problema de atribuir a responsabilidade de mudança no processo de produção de saúde aos atores sociais (usuários e profissionais). Segundo a autora “essa análise não pode ser realizada descolada da realidade histórico-social em que estamos situados. Não é possível considerar “apenas” a “inclusão” de sujeitos, nesses processos, senão em como avançar no marco dos direitos já resguardados pelo SUS (2009, p.205).

Entre os objetivos da PNH (BRASIL, 2004), espera-se reduzir as filas e o tempo de espera para o atendimento, e este ocorra de forma mais acolhedora, além de unidades de saúde que garantam os direitos dos usuários orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação, e que valorizem os trabalhadores.

Em relação a esses objetivos, Conceição (2009) diz que eles são importantes, mas para que sejam atingidos deve-se levar em consideração a participação, direitos, qualidade dos serviços, mas também as condições para que se opere dentro do sistema de saúde atendimento de qualidade, que passa por recursos humanos e recursos materiais. Sem esses a efetivação desses pontos, é complicado a humanização atingir seus objetivos.

Uma das metodologias propostas pela PNH para que a humanização possa ser efetivada é a comunicação. Segundo o dicionário Michaelis, essa ferramenta é definida da seguinte forma: Ação, efeito ou meio de comunicar; aviso, informação; participação; transmissão de uma ordem ou reclamação. A comunicação é um dos caminhos para que o sujeito seja incluído nesse processo de efetivação de produção de saúde, mas como foi ressaltado anteriormente, não deve ser o único para que isso aconteça.

Sobre a importância da comunicação no processo de efetivação da PNH, “a humanização supõe troca de saberes (incluindo dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe” (BRASIL, 2004. p.8).

Outra ferramenta importante para a efetivação da PNH, diz respeito a gestão da política de humanização. De acordo com a Cartilha HumanizaSUS, “deve-se mapear programas, projetos e iniciativas de humanização já existentes, articulá-los e, a partir daí, propor diretrizes, traçar objetivos e definir estratégias de ação na composição da PNH, num constante diálogo com as especificidades das áreas da saúde” (BRASIL, 2004, p. 16)

A Cartilha HumanizaSUS (BRASIL, 2004), ressalta ainda que o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere a gestão participativa e ao trabalho em equipe, diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários.

Dessa forma, a implantação da PNH diante do atual sistema de saúde e dos avanços da política privatista empreendidas, principalmente através dos novos modelos de gestão, tem se tornado desafiador. Para aprofundarmos ainda mais essa discussão, iremos abordar no próximo item, os desafios da Política Nacional de Humanização diante dos princípios e diretrizes da EBSEH.

4. OS DESAFIOS DE CONSOLIDAR A PNH FRENTE AO MODELO DE GESTÃO DA EBSEH.

A Política Nacional de Humanização (PNH) é proposta pelo Ministério da Saúde, com a pretensão de contribuir para a efetivação dos princípios do SUS, no cotidiano das práticas de atenção e gestão da saúde pública no Brasil. No entanto, as falhas na estruturação, do SUS e também os novos modelos de gestão adotados, dificultam ainda mais a concretização de uma efetiva humanização nos serviços. Neste tópico apresentaremos as possíveis dificuldades de efetivação da PNH nos serviços geridos pela EBSEH.

A EBSEH surgiu, de acordo com o discurso oficial, como uma alternativa de contornar a situação dos hospitais universitários, visando a reestruturação física e tecnológica dos mesmos e também solucionar a necessidade de recomposição do quadro de profissionais, aspectos apontados como os principais problemas dos HUs. Como ressalta Gomes *et al* (2015):

A criação da EBSEH está assentada no discurso ideológico de que a crise na saúde advém da má gestão dos serviços. Por isso, faz-se necessário reestruturar o Estado com vistas a se tornar eficiente e de qualidade, introduzindo mecanismos de mercado na gestão pública (GOMES *et al*, 2015,p. 284).

Porém, essa iniciativa possui pontos que podem trazer retrocessos para a efetivação da PNH. A Lei 12.550/2011, em seu artigo 1º, apresenta a EBSEH como sendo uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado. Sendo assim, esta possui caráter privatista e tem como finalidade o lucro, atendendo, portanto, à lógica de mercado.

Nessa perspectiva, as mudanças propostas pelo governo para os serviços públicos de saúde administrados por organizações ou empresas de caráter privado, como o caso da EBSEH, segue as determinações do capital, flexibiliza as relações trabalhistas e quebra a lógica da proteção social (ROCHA; SOUZA, 2011). Ao se desresponsabilizar de suas obrigações com a força de trabalho o Estado passa a atender aos interesses do capital, aos interesses privados, resultando na redução de ofertas de trabalho, precarização do trabalho e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos serviços prestados a população.

A orientação da EBSEH confronta-se diretamente com a PNH, na medida em que esta política tem como um de seus objetivos a reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo-se a contribuir para uma mudança nas relações sociais envolvendo

trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e trabalho, bem como a mudanças nas práticas de saúde reproduzidas nos serviços de gestão e cuidados prestados à população. Para tanto, a PNH indica ser necessário (re)organizar os processos de trabalho e o modo como estes são constituídos e estabelecidos no ambiente institucional (BRASIL, 2004).

Um princípio norteador da PNH e do SUS é o comprometimento com a produção de saúde, entendida como produção social que, portanto, “envolvem elementos biológicos, subjetivos, sociais, econômicos, ambientais e culturais que se processam e se sintetizam na experiência concreta de cada sujeito singular, de cada grupo em particular e da sociedade em geral” (BRASIL, 2009, p. 10). Tal afirmação remete ao conceito ampliado de saúde, proposto pela reforma sanitária: “a ideia de que a saúde, pelo seu conceito ampliado, significava melhores condições de vida e de trabalho” (BRAVO, 2013, p. 210).

Assim, os serviços de saúde devem ofertar práticas de saúde resolutivas e de qualidade à população. Os serviços no ambiente hospitalar geridos pela lógica privada, portanto visando o lucro, são fundamentados na produtividade, não mais no atendimento das necessidades da população, o que afeta tanto os usuários quanto os trabalhadores. Esta problemática vem sendo denunciada em experiências de efetivação da EBSERH, a exemplo do Complexo do Hospital de Clínicas (CHC), que inclui o Hospital de Clínicas (HC) e a Maternidade Victor Ferreira do Amaral, ligados a Universidade Federal do Paraná, conforme denúncia da Associação dos Professores da Universidade Federal do Paraná (APUFPR)⁶.

A PNH reafirma a integralidade do cuidado a saúde, um dos princípios do SUS, superando o atendimento fragmentado, orientando ações que respondam às demandas e necessidades da população no acesso à saúde, considerando as suas especificidades e dimensões: biológica, cultural e social. A integralidade possibilita um conjunto articulado de ações e serviços em todos os níveis da assistência a saúde, envolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRAVO, 2009). No entanto, a EBSERH ao se pautar na lógica do mercado tende a focalizar suas ações nos atendimentos das demandas básicas, desrespeitando este princípio.

A PNH também estabelece como princípio o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a troca de experiências entre profissionais de diferentes áreas e usuários do serviço. A efetivação da PNH possibilita que as diferentes especialidades e práticas de saúde dialoguem com a experiência dos usuários. No entanto, as relações de trabalho entre gestores, profissionais e usuários, são difíceis de estabelecer diante de modelos

⁶<http://apufpr.org.br/informativo-especial-ebserh/>

de gestão como a EBSEH, na qual os processos de trabalho são fragmentados e verticalizados.

A produção de saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS indica a necessidade da constante discussão sobre os processos e as formas de organização do trabalho no cotidiano das instituições. Para Benevides e Passos (2005), os profissionais, assim como os usuários, posicionam-se como protagonistas das práticas de saúde e para tal necessitam de espaços para formação e discussão (WÜNSCH; MORAES, 2013, p. 111).

O caráter centralizado, fragmentado e verticalizado da gestão proposta pela Empresa concentra o poder de decisão nas mãos de poucos, excluindo os trabalhadores do planejamento, da avaliação de suas ações e das questões salariais. Como podemos observar no Estatuto Social da EBSEH, em seu artigo 12:

O representante dos empregados não participará das discussões e deliberações sobre assuntos que envolvam relações sindicais, remuneração, benefícios e vantagens, inclusive assistenciais ou de previdência complementar, hipóteses em que fica configurado o conflito de interesse, sendo tais assuntos deliberados em reunião separada e exclusiva para tal fim (BRASIL, 2011, s/p).

Segundo a Lei 12.550/2011 em seu artigo 10, o regime de pessoal da EBSEH é regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), possibilitando a coexistência de trabalhadores com diferentes tipos de contratação, salários, benefícios e carga horária em um mesmo hospital, não havendo garantias de paridade remuneratória entre os profissionais servidores federais⁷ e os empregados da EBSEH, embora estes últimos tenham ingressado para um emprego público. Tal fato pode desgastar as relações de trabalho dos profissionais e tende a fragilizar as lutas dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e salários. A empresa também é autorizada a contratar através de processo seletivo simplificado, por um período de até cinco anos, aumentando a já existente precarização do trabalho no setor saúde, pois os servidores regidos pela CLT não tem garantias necessárias para prestar o serviço público com independência.

Nesse sentido, “O trabalho em saúde enfrenta não só uma desregulamentação das relações e condições de trabalho, mas uma desestruturação da atividade em saúde que envolve o trabalhador de saúde e os usuários do serviço” (SOUZA, 2014, p.167).

⁷Regidos pelo Regime Jurídico Único, conforme a Lei 8112/1990.

A fragilidade no vínculo empregatício da EBSEH aumenta a rotatividade de profissionais, contribui para a ineficiência dos serviços e a precariedade da instituição e do trabalho (SODRÉ *et al*, 2013). A rotatividade propiciada pela Lei 12.550/11, em virtude da não estabilidade, gerará prejuízos aos usuários dos HUs, tendo em vista que estas unidades hospitalares prestam serviços de média e alta complexidade, necessitando de profissionais capacitados e que conheçam bem a demanda dos serviços. Como afirma Rodrigues (2014):

Essa modalidade de contratação aumenta a rotatividade de profissionais, o que sem dúvida acarretará na descontinuidade dos serviços e, conseqüentemente, prejudicará a eficiência organizacional. Pois os serviços prestados pelos HUs são considerados serviços públicos permanentes, portanto, há a exigência observando o princípio da eficiência que a prestação destes serviços sejam constantes, sob pena de prejuízo dos interesses da coletividade (2014, p. 35).

As condições de trabalho estão diretamente relacionadas com a organização e da gestão dos serviços. Quando estas propiciam os insumos necessários, o reconhecimento e a boa remuneração contribuem para que os profissionais desenvolvam um trabalho humanizado. Observa-se que a falta de qualificação, o não reconhecimento e valorização dos profissionais interferem na efetivação de prática comprometidas com a saúde e com o bem-estar dos usuários. Além dessas dificuldades, a desvalorização profissional e a não melhoria das condições de trabalho são fatores que dificultam a humanização dos serviços de saúde.

No Hospital de Clínicas (HC) do Paraná, desde que a EBSEH assumiu a administração em outubro de 2014, faltam materiais e suprimentos básicos, como luvas e seringas, há atrasos salariais, profissionais foram desviados de atividade, atuam em dupla função e sofrem assédio moral, professores e residentes afirmam que a função de ensino da instituição foi prejudicada e pacientes sofrem com longas esperas e procedimentos cancelados por falta de insumos (APUFPR, 2016).

A Associação dos Professores da Universidade Federal do Paraná (APUFPR-SSIND) realizou um levantamento sobre a situação dos HUs geridos pela EBSEH e denunciou casos como o relatado pelo Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal do Espírito Santo (SINTUDES): desde que a EBSEH assumiu a gestão do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM) há problemas graves como a falta de liberação de recursos para o Hospital e de material para o atendimento dos pacientes, em alguns casos foi necessária, reutilizar materiais descartáveis (APUFPR-SSIND, 2014).

No Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (UFPI) o quadro não é diferente, pois com a adesão a EBSEH diversos problemas passaram a ocorrer, tais como a falta de profissionais médicos e enfermeiros. Há denúncia até mesmo de falta de água no setor da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) do Hospital, em fevereiro de 2014. Também se denuncia que os atendimentos realizados pelo HU-UFPI, no primeiro semestre de 2013, corresponderam apenas a 1,64% dos recursos financeiros repassados pelo SUS à empresa entre abril e agosto daquele ano (APUFPR-SSIND, 2014).

De acordo com a avaliação de profissionais de saúde, funcionários terceirizados e professores do HC no Paraná:

Além de não terem instrumentos para realizarem o trabalho com segurança, os profissionais afirmaram sofrer, constantemente, alterações nos horários de trabalho e acúmulo de funções. Estresse e sobrecarga de trabalho adoecem o trabalhador e colocam a vida dos pacientes em risco, em razão da atenção prejudicada pelo cansaço do servidor (APUFPR, 2016, p.8).

A pressão pelo aumento da produtividade tem causado sobrecarga ainda maior sobre os trabalhadores. Portanto percebe-se que a EBSEH tem sido um exemplo contundente da precarização das relações de trabalho, que conseqüentemente tem impactado no atendimento realizado aos usuários.

A PNH, ainda tem como valor a indissociabilidade entre a atenção à saúde e a gestão dos serviços, deste modo visa romper com a fragmentação e a desarticulação das ações, melhorando o desenvolvimento do processo de trabalho, entendendo-se que as decisões tomadas interferem na atenção à saúde. “A PNH propõe discutir e construir, no coletivo, estratégias para melhorar o *acesso e a qualidade dos serviços*, entendidos como indissociáveis dos *modos como esses são geridos*” (FILHO; BARROS, 2012, p. 114.). Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer o funcionamento da gestão dos serviços e da rede de saúde, e assim contribuir nas decisões, nas organizações e nas ações de saúde coletiva (BRASIL, 2003).

Nesse sentido, os trabalhadores e usuários da política de saúde exercem um papel importante, compartilham responsabilidades e atuam na produção de saúde. A Política Nacional de Humanização entende que os usuários possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos.

Esta proposta é coerente com o eixo organizacional do SUS do controle social, compreendido como “processo pelo qual a sociedade interfere na gestão pública, no direcionamento das ações do Estado para com os interesses da coletividade, estabelecendo assim a capacidade de participação e mudança” (CARVALHO, 1997, apud NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p. 227).

O controle social no SUS se realiza de duas formas: Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde. O artigo 1º da Lei 8142/90 parágrafo 1º diz:

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada 4 (quatro) anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990a).

Os Conselhos de Saúde é um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo composto por: 25% de representantes do governo e prestadores de serviços, 25% de profissionais de saúde e 50% de usuários, esses atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive nas questões econômicas e financeiras (BRASIL, 1990a).

O controle social como princípio constitucional e eixo norteador do SUS, inexistente com a EBSEH. Nos hospitais geridos pela empresa o controle ocorre através do Conselho Consultivo, constituído por: um representante da EBSEH; dois do Ministério da Educação; um do Ministério da Saúde; um dos usuários dos serviços de saúde do hospital, indicado pelo Conselho Nacional de Saúde; um dos residentes em saúde do hospital, indicado pelo conjunto de entidades representativas; um reitor ou diretor do hospital universitário, indicado pela ANDIFES e um representante dos trabalhadores do hospital, indicado pela respectiva entidade representativa (BRASIL, 2011).

Vale salientar que a própria criação da EBSEH contraria a decisão da maior instância de controle social do SUS, a Conferência Nacional de Saúde, que deliberou em sua 14ª edição: “rejeitar a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), impedindo a terceirização dos hospitais universitários e de ensino federais” (Relatório da 14ª CNS, Ministério da Saúde, 2012), explicitando assim o descompromisso do Estado com o controle social.

Portanto, observa-se na proposta da EBSEH a impossibilidade de efetivação do controle social, pois neste modelo de gestão o conselho tem caráter apenas consultivo,

diferente da função deliberativa preconizada pelo SUS. Dessa forma o controle social na Empresa, como afirma Cislighi (2011, p.61), “[...] passa a ser exercido por Conselho Consultivo, ao invés dos conselhos deliberativos do SUS, com composição paritária entre sociedade civil e Estado”. A ausência da gestão participativa e controle social comprometem a efetivação de uma política de saúde humanizada e fere a garantia constitucional do direito à saúde.

Outro aspecto relevante apontado pela PNH é a busca por concretizar um atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. (BRASIL, 2010, p. 18).

O atendimento acolhedor baseado em riscos é uma ação técnica e assistencial que implica em mudanças nas relações entre gestores, profissionais e usuários, empenha-se na construção de estratégias coletivas que gerem mudanças na prática dos serviços. Baseados em riscos, pois, proporciona assistência de acordo com o grau de necessidade do usuário (BRASIL, 2006). Sabe-se que os serviços ofertados nos HUs não são pautados em procedimentos meramente paliativos, são serviços indispensáveis para o desenvolvimento da saúde da população por meio da pesquisa, do ensino e da assistência, priorizam melhorar as condições de saúde das pessoas, empenhados no diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos usuários. Esta orientação é ameaçada pela EBSEH já que esta, visando reduzir os gastos e obter lucros, poderá diminuir o número de consultas e procedimentos especializados.

A PNH também aspira como resultado, contribuir para que as ações de saúde aconteçam de forma a garantir que os direitos e necessidades dos usuários sejam atendidos. No entanto, como alcançar esse resultado diante de um quadro tão ambíguo como o da EBSEH? A lei 12.550/11 abre margem para a dupla porta de entrada⁸, o que gerará uma disputa entre os usuários do SUS e os dos planos privados de saúde, prejudicando os usuários do HU, como ressalta Rodrigues (2014):

⁸No Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA), utilizado pelo Governo Federal como referência de gestão através da EBSEH, há reservas de leitos para os planos privados, o que possibilita uma nova fonte de recurso para o orçamento do Governo Federal (CISLAGI, 2011).

Nesse sentido, a EBSEERH traz grandes prejuízos aos usuários do SUS pois pode gerar leitos privados dentro de um hospital público, acarretando mais demora nos procedimentos que o hospital realiza. Uma vez que a EBSEERH permite a destinação de leitos para os planos de saúde privados dentro dos HUs - possibilidade garantida através do art. 3º da Lei 12.550/11 - caracteriza-se a chamada dupla porta de entrada, desrespeitando o princípio da universalidade (RODRIGUES, 2014, p. 42).

De acordo com o artigo 8 da Lei nº 12.550/2011, a EBSEERH é uma empresa estatal de direito privado com obtenção de lucro, portanto, há a possibilidade de priorização do atendimento aos usuários de planos privados, pois resultará na dupla obtenção de recursos, através do repasse do SUS e dos planos privados.

De acordo com o Ministério da Saúde a PNH vem contribuir para que as ações de saúde aconteçam de forma a garantir que os cidadãos sejam acolhidos e tenham seus direitos e necessidades de saúde atendidas (BRASIL, 2004). Este se configura como resultado impossível de alcançar com a EBSEERH pois, enquanto empresa de direito privado, pauta-se pela lógica do mercado e, neste sentido, concordamos com a afirmação de Andreazzi:

O interesse mercantil distorce a prática médica numa série de situações que serão tornadas a norma quando associadas ao padrão de reprodução dos conhecimentos e práticas num hospital de ensino. São vários os exemplos em distintas situações em que ocorreram mudanças nos objetivos e na gestão empresarial dos hospitais universitários: conflitos de interesse no desenvolvimento de pesquisas clínicas; prioridades de pacientes com fontes privadas de financiamento (ANDREAZZI, 2013, p. 281).

Outro objetivo almejado pela PNH é a redução de filas e do tempo de espera dos usuários, aliado a isto a ampliação do acesso aos serviços de saúde. No entanto, o que se tem visto nos hospitais geridos pela EBSEERH é o aumento da demanda nos ambulatórios e uma necessidade de os profissionais desenvolver suas ações de forma aligeirada, diminuindo a qualidade do atendimento. Vale salientar que boa parte destes atendimentos são realizados por estudantes com a orientação de preceptores, o que deixa a consulta mais demorada pela própria necessidade do ensino e aprendizado do aluno (APUFPR, 2016). Portanto, se observa dificuldade de alcançar resultados almejados pela PNH diante da forma de gestão da referida Empresa.

Mais um prejuízo aos direitos dos usuários resulta da mercantilização das atividades de ensino, pesquisa e extensão. É importante ressaltar que o HU, pela sua especificidade de hospital escola, necessita ter profissionais e tecnologias que proporcionem o ensino, a

pesquisa e a extensão. Há possibilidade de obtenção de lucro a partir destas atividades, especialmente nas duas primeiras, de modo que a EBSEH pode tender a priorizar resultados que beneficiem o grande capital e não as necessidades sociais de saúde dos usuários do SUS. Assim, “A instituição da EBSEH retira a finalidade da universidade autárquica, ou seja, o tripé da educação com assistência à saúde, para ser uma atividade de exploração econômica e com interesses mercadológicos.” (APUFPR, 2016, p.12).

Ainda segundo afirma a APUFPR (2016), com a entrada da EBSEH foram retiradas algumas salas de aulas, o objetivo não é mais o ensino, mas sim a produtividade, mais trabalhos e menos recursos. Fato que tem limitado o aprendizado e a formação dos alunos e dos profissionais de saúde. A pesquisa também ficou comprometida, pois para ser desenvolvidas no interior do hospital precisa antes ser autorizada pela EBSEH, comprometendo o tripé ensino – pesquisa - extensão, deste modo: “a junção entre ensino, pesquisa e extensão se desintegra com o modelo de gestão da EBSEH. Perde-se a autonomia universitária para atender às demandas da empresa, e isso faz com que os HUs tornem-se meros prestadores de serviço, sem o seu papel primordial” (APUFPR, 2016, p.11).

Assim, as mudanças propostas pelo governo federal, consolidadas pela EBSEH, não visam o bem-estar da população usuária dos serviços de saúde dos HUs. Destarte, inviabiliza a efetivação da Política Nacional de Humanização, uma vez que ameaça a universalidade do direito à saúde, a gratuidade do sistema público e acelera a mercantilização da saúde entregando-a ao grande capital.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões tecidas neste artigo corroboram a ideia de que o surgimento da Política Nacional de Humanização ocorre para contribuir na consolidação do SUS, na medida em que seus pressupostos reafirmam os princípios do SUS, buscando mudanças no acesso às práticas de saúde e resgata o respeito à vida humana, reconhecendo que a saúde está vinculada a um conjunto de determinantes sociais.

A humanização tem sido tema de grandes debates diante do atual momento histórico, em que se agrava o descontentamento dos usuários dos serviços públicos de saúde, dos trabalhadores e também dos gestores, bem como a crescente desconstrução dos princípios fundamentais do SUS, no contexto de contrarreformas.

A PNH enquanto política pública de saúde, orientados pelos princípios do SUS, busca alterações da forma de produzir saúde, comprometendo-se com uma mudança de gestão e de atenção a saúde. No entanto, considera-se os novos modelos de gestão adotados um impedimento para efetivação da PNH e conseqüentemente para os princípios do SUS, quais sejam: a universalização; equidade e integralidade.

Diante do exposto, é possível inferir que as dificuldades de consolidar a PNH, diante dos novos modelos de gestão propostos para gerir as políticas públicas, especificamente a EBSEH, resultam da lógica do capital que pauta tais modelos, levando principalmente à focalização das ações nas demandas básicas dos usuários e ao desrespeito ao princípio da integralidade do cuidado a saúde. O modo centralizado, fragmentado e verticalizado da gestão da EBSEH, exclui os trabalhadores do planejamento das ações, impossibilita o controle social, fato que comprometem a efetivação de uma política de saúde humanizada.

Inúmeros problemas são denunciados pelos sindicatos, hospitais e Universidades que aderiram a EBSEH, como: a falta de recursos e insumos básicos, aumento da demanda, diminuição de leitos nos hospitais, redução do número de atendimentos, precarização, flexibilização e desmantelamento dos serviços prestados pelos HUs.

Quanto às relações de trabalho, entendemos que o trabalhador é fundamental para a concretização do processo de humanização na atenção em saúde, e um dos objetivos da PNH é a reorganização dos processos de trabalho, propondo-se a contribuir para uma mudança nas relações sociais. No entanto, observa-se a flexibilização das relações trabalhistas, acarretando para os trabalhadores da saúde, em sua maioria, baixa remuneração, aumento da jornada de trabalho e condições inadequadas e indignas de trabalho.

Diante do exposto, constatam-se os impasses e as dificuldades de alcançar os resultados almejados pela PNH sob a gestão da EBSEH, o que implica em prejuízos aos direitos dos usuários e trabalhadores da saúde, bem como a política de pública de saúde no Brasil.

**THE CHALLENGES TO THE EFFECTIVENESS OF THE NATIONAL
HUMANIZATION OF HEALTH POLICY, IN THE CONTEXT OF THE BRAZILIAN
HOSPITAL SERVICES COMPANY (EBSERH)**

ABSTRACT

The objective of this article was to analyze the challenges of the National Humanization Policy, given the management model proposed by EBSEH. The specific objectives were: to trace the trajectory of health policy in Brazil and the new models of public health management in the country; To discuss the National Humanization Policy (HNP) and the difficulties that this implantation presents with the arrival of the new SUS management models, especially the Brazilian Company of Hospital Services (EBSEH); And, identify the challenges for the consolidation of the HNP against the EBSEH management model. The interest for this theme arose from the insertion in the field of Social Service stage carried out at the University Hospital Alcides Carneiro (HUAC). The article stems from a bibliographical and documentary study, which had as its main results: the guidelines of PNH have difficulties to be implemented, since the new management models contribute to the dismantling of social rights, so hard-won; The new models of health management tend to contradict SUS legislation and, consequently, harm workers and health users; EBSEH makes it impossible to implement the National Humanization Policy because it threatens the universality of the right to health, the gratuitousness of the public system and deepens the commodification of health.

Keywords: SUS; National Humanization Policy; EBSEH; Models of health management.

REFERÊNCIAS

APUFPR. **Dossiê contra a atuação da Empresa brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná** Disponível em: < <http://portal.andes.org.br/andes/print-ultimas-noticias.andes?id=6845>> Acesso em: 20/03/2017.

ANDREAZZI, M. F. S. de. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da reforma do Estado. *Reista. bras. educ. med.* [online]. 2013, vol.37, n.2, pp.275-284.

BATICH, M. **Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada.** *São Paulo Perspec.* [online]. 2004, vol.18, n.3 [cited 2017-07-21], pp.33-40. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300004&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-8839. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392004000300004>.

BRASIL. Lei n° 8.142, de dezembro de 1990a.

_____. Lei n° 8.080, de setembro de 1990b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** 2001. Disponível em:< <http://www.humaniza.org.br> > Acesso em: 22/02/2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. 1ª edição, 1ª reimpressão, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Lei n° 12.550**, de 15 de dezembro de 2011.

BRAVO, M. I. S; MOTA, A. E. et al (Orgs.) Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social, Saúde, Formação e Trabalho Profissional**, 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

Reforma sanitária e projeto ético político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO; MATOS, et al. **Saúde e Serviço Social**. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

MORENA, G. M. Saúde e Luta Sindical: entre a reforma sanitária e o projeto de saúde privatista. In: BRAVO; MENEZES et al. **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2013.

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

CISLAGHI, J. F. Hospitais universitários federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: BRAVO, M. I. S. et al (Orgs.) **Caderno de Saúde**. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ. Rede Sirius, 2011.

CONCEIÇÃO, Tainá Souza. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. S. In: **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 194-220, jul./dez. 2009.

FILHO, S. B. S.; BARROS; M. E. B. O Trabalho em Saúde e os Desafios da Humanização: algumas estratégias de análise-intervenção. In: **Tempus -Actas de Saúde Coletiva**. 2012.

GOMES, K. S. *et al.* Novo Modelo de Gestão para Hospitais Universitários: percepção dos profissionais de saúde. In: *Serv. Soc. & Saúde*, Campinas, SP v. 13, n. 2 (18) p. 283-298 jul./dez. 2014

MEIRELLES, H. L. **Direito administrativo brasileiro**. 37. ed. São Paulo: Malheiros, 2010.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde-SUS- e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA et al (Orgs.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

OLIVEIRA, R. F. A Contra-reforma do Estado no Brasil: uma análise crítica. In *Revista Urutágua*. 2011.

O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. et al (Orgs.) **Caderno de Saúde. Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para saúde**. Rio de Janeiro: UERJ. Rede Sirius, 2008.

ROCHA, L.M; SOUZA, M.A.S.L. A condição contemporânea do trabalho no setor público de saúde: uma análise da desregulamentação do trabalho nesse setor a partir das imposições do grande capital. In: **Anais da V Jornada Internacional de Políticas**

Públicas, São Luís-Maranhão, 2011.

RODRIGUES, N. J. G. **A Os (Des)Caminhos Da Política de Saúde no Brasil: a EBSEH em questão**. Trabalho monográfico apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, março de 2014.

SODRÉ, F.; LITTIKE, D.; DRAGO, L. M. B.; PERIM, M. C. M. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 114, p. 365-380, abr./jun. 2013.

SOUZA, M.A.S.L. Trabalho em Saúde: as (re) configurações do processo de desregulamentação do trabalho. **In: Segurança Social e Saúde: tendências e desafios. DAVI, J.** et al (Orgs.), 2ª ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

TEIXEIRA, M. J. **A Política Nacional de Saúde na Contemporaneidade: as fundações estatais de direito privado como estratégia de redirecionamento do fundo público**. Tese (Doutorado). Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

THOMPSON, Andrés. (1997) **Do compromisso à eficiência? Os caminhos do terceiro setor na América Latina**. In: IOSCHPE, Evelyn Berg (org.). *3o setor: desenvolvimento social sustentado*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, p. 41-48.

VILAR. R. L. A. **A Política de Humanização e a Estratégia Saúde da Família: visões e vivências**. Natal- RN, 2009.

WÜNSCH. D. S.; MORAIS. T. C. Os desafios para efetivação da humanização hospitalar: a percepção dos usuários e profissionais de uma unidade de internação pediátrica. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 100 - 113, jan./jun. 2013.