

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL – FSSO**

Érica Bezerra da Rocha

**A TENDÊNCIA DA MATERIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO  
– PNH NO BRASIL, NOS ANOS 2018 e 2019**

Maceió – AL  
2021

Érica Bezerra da Rocha

**A TENDÊNCIA DA MATERIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO  
- PNH, NO BRASIL, NOS ANOS 2018 e 2019**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para o grau de Bacharel em Serviço Social. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Josimeire de Omena Leite.

Maceió – AL  
2021



**Folha de Aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL).**

*Érica Bezerra da Rocha*

Aluna concluinte

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em 24/9/2021

**Título: A TENDÊNCIA DA MATERIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO – PNH NO BRASIL, NOS ANOS 2018 e 2019**

Conceito: Aprovada

Banca Examinadora:

*Jesimeire de Oliveira Abente*

Professora orientadora

*Márcia Lura CS. Royo*

Examinador 1

*Rosane do Nascimento Cavalcante Araújo*

Examinador 2

*Antônio Jorge Belo Matos*  
Antônio Jorge Belo Matos  
Assistente em Administração  
FSSO/UFAL  
SIAPE: 2412249

Coordenação de Trabalho de Conclusão de Curso

## AGRADECIMENTOS

Nenhuma conquista é solitária, é sempre cercada de pessoas que recarregam nossas energias durante o percurso e tornam-se parte essencial da caminhada.

Agradeço primeiramente a Deus, por iluminar a caminhada até aqui.

Agradeço a minha mãe por toda compreensão, paciência e amor incondicional. Tudo que hoje sou, tem nela suas raízes.

Agradeço a minha professora e orientadora Josimeire de Omena Leite, por toda dedicação e incentivo que foram primordiais para que eu chegasse até aqui.

Agradeço a minha amiga e companheira de curso Paula, que fez o percurso da graduação tornar-se mais leve, com quem dividi alegrias e angústias, sempre foi uma das minhas grandes incentivadoras, gratidão por ter sido a melhor dupla que eu poderia escolher.

Agradeço ao meu amigo de vida, Julielson, por sempre acreditar mais em mim do que eu mesma, por me ouvir e incentivar, por compartilhar comigo essa caminhada, por ser e estar sempre. "Até que o motor para, até que Marte nos separe".

Agradeço a minha amiga Lourdes que sempre me acolheu e tornou-se meu pedacinho de família em Maceió, sua casa foi sempre lar quando estive longe do meu.

Gratidão a minha família por sempre me apoiar, acolher e trazer sentido a alegria a minha vida.

Aos meus poucos e bons amigos, esses sabem quem são. Gratidão, vocês são primordiais no meu processo de crescimento pessoal e profissional.

Encerro esses agradecimentos com um trecho que muito traduz o que sinto agora:

"Não sei explicar direito, mas deve existir alguma relação bem estreita entre a luta, o cansaço e a felicidade. Como é raro acontecer, hoje meu corpo, alma e coração ocupam o mesmo espaço. Acompanhado por uma exaustão e uma alegria suprema, agora estou exatamente onde gostaria de estar"

-Ni Brisant-

Você é uma só pessoa  
mas quando você avança  
uma comunidade inteira  
anda por meio de você  
– ninguém anda sozinho.  
(Rupi Kaur)

## RESUMO

Este trabalho, de caráter qualitativo e quantitativo, estuda a Política Nacional de Humanização - PNH no Brasil. Visa analisar a tendência da materialização da Política Nacional de Humanização no Brasil, no período de 2018 e 2019, nas regiões Sudeste e Nordeste. Utilizou-se como procedimento metodológico a pesquisa documental, cuja fonte é o material empírico que constitui o corpus da pesquisa, especificamente os documentos que compõem o arcabouço sócio jurídico, como a Constituição Federal de 1988, A Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 e os manuais e cadernos que orientam a Política Nacional de Humanização, bem como os Relatos de experiência de Humanização em saúde presentes no site da Rede HumanizaSUS, do período de 2018-2019. Com o fim de desvelar os significados manifestos e encobertos nos documentos (relatos), recorreu-se à Análise de Conteúdo, embasada nos estudos de Lawrence Bardin (2004), adotando-se a Análise Temática. A trajetória analítica inicialmente trata do Sistema Único de Saúde – SUS, destacando a 8ª Conferência de saúde, em 1985, e sua relevância na construção do SUS ao edificar o corpo doutrinário e as proposições políticas da Reforma Sanitária Brasileira. Demonstra que a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi um divisor de águas na redefinição das prioridades da política estatal na área da saúde pública. Nela, o SUS é criado e a saúde é finalmente reconhecida como um direito de todos e dever do Estado. O estudo ainda dá visibilidade ao fato de que, a partir do ano de 2016, as medidas de cunho ultraneoliberal levaram o país a sofrer uma série de retrocessos e ataques aos direitos sociais e trabalhistas, destacando a aprovação da PEC 55, que instituiu um "novo regime fiscal" restringindo por 20 anos o gasto público primário, destinado aos direitos fundamentais como a saúde, a educação e a assistência social. Em um segundo momento, a trajetória analítica faz um resgate do surgimento da Política Nacional de Humanização - PNH, criada em 2003, mostrando que a mesma teve seu pontapé inicial com a implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), cujo fim foi a criação de comitês de humanização direcionados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, posteriormente, ao trabalhador no ambiente hospitalar. A investigação conclui que a tendência da materialização da Política Nacional de Humanização no Brasil nos anos de 2018 a 2019 é o predomínio das ações voltadas para a *Formação e Intervenção* cujo eixo central é a construção das ações de Humanização em saúde. Também revela que, em um cenário marcado pela política ultraneoliberal dos governos Michel Temer e Jair Bolsonaro, a materialização da PNH torna-se uma estratégia utilizada para maquiar a crise na saúde pública, recorrendo-se às ações apaziguadoras e pontuais, centradas nas subjetividades, que não remetem e nem enfrentam a raiz do problema, que é estrutural, e cujo fim é a sua mercantilização.

Palavras-chave: Humanização. Sistema Único de Saúde. Política Nacional de Humanização.

## ABSTRACT

This qualitative and quantitative work studies the National Humanization Policy - PNH in Brazil. It aims to identify the trend towards the materialization of the National Humanization Policy in Brazil, in the period 2018 and 2019, in the Southeast and Northeast regions. Documentary research was used as a methodological procedure, whose source is the empirical material that constitutes the corpus of the research, specifically the documents that make up the socio-legal framework, such as the Federal Constitution of 1988, Law No. 8080, of September 19, 1990 and the manuals and notebooks that guide the National Humanization Policy, as well as the Humanization experience reports in health present on the HumanizaSUS Network website, from the period 2018-2019. In order to unveil the overt and hidden meanings in the documents (reports), Content Analysis was used, based on the studies of Lawrence Bardin (2004), adopting the Thematic Analysis. The analytical trajectory initially deals with the Unified Health System – SUS, highlighting the 8th Health Conference, in 1985, and its relevance in the construction of the SUS by building the doctrinal body and the political proposals of the Brazilian Health Reform. It demonstrates that the promulgation of the Federal Constitution of 1988 was a watershed in redefining the priorities of state policy in the area of public health. In it, the SUS is created and health is finally recognized as a right of all and a duty of the State. The study also highlights the fact that, as of 2016, ultra-neoliberal measures have led the country to suffer a series of setbacks and attacks on social and labor rights, highlighting the approval of PEC 55, which instituted a "new fiscal regime" restricting primary public spending for 20 years, aimed at fundamental rights such as health, education and social assistance. In a second moment, the analytical trajectory rescues the emergence of the National Humanization Policy - PNH, created in 2003, showing that it had its kick-off with the implementation of the National Program for the Humanization of Hospital Care (PNHAH), whose end it was the creation of humanization committees aimed at improving the quality of care for users and, later, for workers in the hospital environment. The investigation concludes that the trend towards materializing the National Humanization Policy in Brazil in the years 2018 to 2019 is the predominance of actions aimed at Training and Intervention, whose central axis is the construction of Humanization actions in health. It also reveals that, in a scenario marked by the ultra-neoliberal policy of the Michel Temer and Jair Bolsonaro governments, the materialization of the PNH becomes a strategy used to make up the public health crisis, resorting to calming and punctual actions, centered on subjectivities, that neither address nor address the root of the problem, which is structural, and whose end is its commodification.

Keywords: Humanization. Unified Health System. National Humanization Policy.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Quantitativo de relatos de experiência analisados nas regiões Nordeste e Sudeste em 2018.....	36
Figura 02 – Quantitativo de relatos de experiência , por Estados da região Sudeste, no ano de 2018 .....	36
Figura 03 - Quantitativo de relatos de experiência , por estados da região Nordeste, no ano de 2018 .....	37
Figura 04 – Diretrizes da PNH na região Nordeste, no ano de 2018 .....	44
Figura 05 – Diretrizes da PNH na região Sudeste, no ano de 2018.....	45
Figura 06 – Quantitativo de relatos de experiência analisados nas regiões Nordeste e Sudeste em 2019.....	45
Figura 07 – Quantitativo de relatos de experiência, por Estados, da região Nordeste no ano de 2019 .....	46
Figura 08 – Quantitativo de relatos de experiência, por Estados, da região Sudeste no ano de 2019 .....	46
Figura 09 – Diretrizes da PNH na região Nordeste no ano de 2019 .....	53
Figura 10 – Diretrizes da PNH na região Sudeste, no ano de 2019 .....	54



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – A materialização da política de humanização - PNH, nas regiões sudeste e nordeste do Brasil, no ano de 2018: Ações Desenvolvidas ..... 38

Tabela 2 – A materialização da política de humanização - PNH, nas regiões sudeste e nordeste do Brasil, no ano de 2019: Ações Desenvolvidas ..... 47

## **LISTA DE SIGLAS**

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**RSB** – Reforma Sanitária Brasileira

**CEBES** – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

**SESAC** – Semana de Estudos sobre Saúde Comunitária

**REME** – Renovação Médica

**PREV-SAÚDE** – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde.

**MPAS** – Ministério da Previdência e Assistência Social

**CONASP** – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

**CNS** – Conferência Nacional de Saúde

**INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

**SUDS** – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados

**PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica

**PNH** – Política Nacional de Humanização

**PNHAH** – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A POLÍTICA ULTRANEOLIBERAL NO BRASIL</b> .....	16
2.1 O Sistema Único de Saúde -SUS: Um Breve Histórico.....	16
2.2 Os Desafios ao Sistema Único de Saúde - SUS no Contexto da Política Ultraneoliberal nos Governos Michel Temer e Jair Messias Bolsonaro .....	24
<b>3. SOBRE A MATERIALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO BRASIL CONTEMPORÂNEO</b> .....	29
3.1 O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) .....	29
3.2 A Política Nacional de Humanização-HumanizaSUS.....	31
3.3 A Tendência da Materialização da Política Nacional de Humanização no Brasil, no Período de 2018 a 2019, nas Regiões Sudeste e Nordeste.....	35
<b>CONCLUSÃO</b> .....	59
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	61
<b>APÊNDICE</b> .....	64
<b>ANEXO</b> .....	95

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho estuda a Política Nacional de Humanização - PNH no Brasil. Objetiva analisar a tendência da materialização da Política Nacional de Humanização no Brasil, no período de 2018 e 2019, nas regiões Sudeste e Nordeste.

A relevância a desse estudo está em mostrar como se formata as ações e a tendência da materialização dessa política no âmbito do Sistema Único de Saúde, no Brasil, desmistificando sua contradição no âmbito da sociabilidade burguesa.

A motivação para esse estudo deu-se a partir da minha experiência como diretora administrativa em uma Unidade Básica de Saúde, no município de Teotônio Villela, no período de fevereiro de 2019 até o presente momento. Foi na minha experiência enquanto profissional de saúde, lidando com todas as dificuldades enfrentadas por gestores, profissionais da linha de frente e usuários do SUS no contexto de desmonte e desfinanciamento que a política de saúde tem enfrentado nos últimos anos, que surgiu a inquietação por apreender qual a atual tendência do processo de materialização dessa política.

No processo de elaboração do presente trabalho foi utilizada como metodologia a pesquisa bibliográfica e documental. Na pesquisa bibliográfica recorreremos, na primeira seção, a autores como Paiva e Texeira (2014), Rodriguez Neto (1997), Paim (2008), Escorel (1988), Andrade (2001), Faria (1997), Krüger (2013), Bravo (2006) e (2020), Polignano (2001), Streeck (2018), Mendes (2020), Cislighi (2021), Freire (2020), Weiller (2019), Souza (2019), para fundamentar o resgate histórico sobre a criação do SUS, bem como identificar o desmonte sofrido pela saúde pública, em um contexto marcado por uma política ultraneoliberal adotada pelos governos Michel Temer e Jair Bolsonaro. Na segunda seção o estudo debruçou-se sobre o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e sobre a Política Nacional de Humanização –HUMANIZASUS, referenciado nos estudos da FIOCRUZ (2008), Pasche, Passos e Hennington (2011), Tocci e Cota (2014) e Castro (2018).

Na pesquisa documental foram utilizados, como fontes primárias, os documentos que compõem o arcabouço sócio jurídico, como a Constituição Federal de 1988, A Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento, ou seja, regula as ações e serviços de saúde, bem como os manuais e cadernos que orientam a Política Nacional de Humanização. Também foram utilizados os Relatos de experiência de Humanização

em saúde presentes no site da Rede HumanizaSUS, do período de 2018-2019, que possibilitou identificarmos qual a tendência da materialização da PNH nas regiões Sudeste e Nordeste nesse período.

No processo de investigação, esta pesquisa recorreu à Análise de Conteúdo, embasada nos estudos de Lawrence Bardin (2004), adotando-se a Análise Temática para desvelar os significados manifestos encobertos nos documentos (relatos) publicados no site da Rede HumanizaSUS, no período de 2018-2019. Quanto ao critério de escolha da análise de conteúdo, esta se deu por ser um instrumento de investigação que permite desvelar os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação, possibilitando uma compreensão para além dos seus significados imediatos.

Optou-se, nesta pesquisa, pela Análise Temática, pelo fato da mesma dar conta da questão investigativa e da análise qualitativa do material empírico estudado (documentação). Para a autora (2004, p.99), “ [...] fazer uma análise temática consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

Bardin (2004) demonstra que a análise temática divide-se em três etapas: a Pré-análise; a Exploração do Material; o Tratamento dos Resultados Obtidos e a Interpretação. A análise dos documentos, especificamente os Relatos de experiência de Humanização em saúde, presentes no site da Rede HumanizaSUS no período 2018-2019, deu-se de acordo com o método de análise de conteúdo proposto pela supracitada autora (2004), seguindo as seguintes etapas operacionais: constituição do *corpus*, leitura flutuante, codificação, categorização e inferências.

Este trabalho também está sistematizado em dois capítulos: o primeiro faz um breve resgate sobre o surgimento do Sistema Único de Saúde mostrando como, após o fim do Regime Militar, a saúde ganhou destaque nas lutas e discussões em prol da promulgação da Constituição de 1988. Ressalta-se que na 8ª Conferência de saúde, em 1985, houve o protagonismo dos profissionais de saúde, trabalhadores e setores populares, sendo dado um passo à frente para a construção do Sistema Único de Saúde – SUS ao construir o corpo doutrinário e as proposições políticas da Reforma Sanitária Brasileira.

O primeiro capítulo ainda demonstra como a promulgação da Constituição do Brasil, em 1988, foi um divisor de águas na redefinição das prioridades da política estatal na área da saúde pública, é nessa Carta Magna que o SUS é criado e a saúde é

finalmente reconhecida como um direito de todos e um dever do Estado, porém, embora estejam legalmente garantidos esses princípios nunca foram integralmente efetivados. Também trata dos fatores que contribuem para a perda de força do Movimento Sanitário nos anos que se seguiram à VIII Conferência e, a partir dos anos 1990, a intervenção do Estado pautada nos ideais neoliberais que dificultaram ainda mais a concretização do SUS.

Por fim, trata da crise de 2008 que levou o capitalismo neoliberal a um novo nível, impondo o aperfeiçoamento da conjuntura neoliberal que foi transformada no ultraneoliberalismo, ocasionando a legitimação de um novo bloco histórico que culminou na ascensão de governos neofascistas que, a partir do ano de 2016, colocou o país numa série de retrocessos e ataques aos direitos sociais e trabalhistas, marcada principalmente pela aprovação da PEC 55, mais conhecida como “PEC do fim do mundo”. Esta, instituiu um "Novo Regime Fiscal" que restringiu por 20 anos, o gasto público primário destinado aos direitos fundamentais como a saúde, a educação e a assistência social.

O segundo capítulo faz um resgate do surgimento da Política Nacional de Humanização, que é criada em 2003. Revela que a PNH teve seu pontapé inicial com a implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que objetivava a criação de comitês de humanização direcionados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, posteriormente, ao trabalhador no ambiente hospitalar, Tal programa serviu como parâmetro para a construção da PNH e surgiu em um cenário iniciado na 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1999 que salientou a necessidade em se priorizar a humanização nos cuidados destinados aos usuários, ampliando a qualidade dos serviços prestados e do acolhimento, propondo a educação continuada como modo de concretizar essas mudanças.

Assim, tem-se a Humanização não mais como um programa, mas como uma política que visa reinventar modos de gerir e modos de cuidar, tendo como diretrizes: Acolhimento, Gestão participativa e cogestão, Ambiência, Clínica ampliada e compartilhada, Valorização do trabalhador, Defesa dos direitos dos usuários, Formação e intervenção (BRASIL, 2015).

Por fim, tomando como referência as diretrizes da PNH, identificamos a tendência da materialização da Política Nacional de Humanização no Brasil nos anos de 2018 a 2019, através de uma pesquisa documental, cujo material empírico foram os

relatos de experiência das regiões Nordeste e Sudeste sobre humanização em saúde, publicados no site da Rede HumanizaSUS, no período supracitado.

Com base na pesquisa documental realizada concluímos, que nos anos de 2018 a 2019, a tendência do processo de materialização da Política Nacional de Humanização, no Brasil, é o predomínio das ações voltadas para a *Formação e Intervenção* cujo eixo central é a construção das ações de Humanização em saúde, por meio de discussões, oficinas e encontros que tratam da socialização de ideias e experiências e do planejamento das ações voltadas para o como fazer Humanização. No entanto, percebe-se que a PNH, no Brasil, é uma política que ainda caminha a passos lentos, num processo de socialização de ideias, experimentação e busca pela sua ampliação.

Também percebemos que, em um cenário marcado por uma política ultraneoliberal dos últimos governos, a materialização da PNH torna-se uma estratégia utilizada para maquear a crise na saúde pública, recorrendo-se às ações apaziguadoras e pontuais, centradas nas subjetividades, que não remetem e nem enfrentam a raiz do problema, que é estrutural.

Ao apreendermos a tendência do processo de materialização da Política Nacional de Humanização, especificamente nas regiões sudeste e nordeste, foi possível desvelarmos a contradição que permeia a PNH no Brasil, pois tal política, ao atender aos interesses da classe trabalhadora “humanizando os serviços de saúde”, atende aos interesses do capital, escamoteando e apaziguando os conflitos em um contexto ultraneoliberal, marcado pelo aprofundamento do desmonte dos direitos na área da saúde pública brasileira, cujo fim último é a sua mercantilização.

## **2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A POLÍTICA ULTRANEOLIBERAL NO BRASIL**

### **2.1 Sistema Único de Saúde -SUS: Um breve histórico.**

Em 1964, o golpe militar deu início a um novo regime de exceção no Brasil que acabaria permanecendo no poder por mais de vinte anos. O início da ditadura militar de 1964 foi caracterizado pelo desmonte da participação social, em relação ao sistema público de saúde, o país vivenciava um sistema dividido entre a medicina previdenciária e a saúde pública. Nesse contexto, as políticas de saúde dos governos militares buscaram incentivar a expansão do setor privado (PAIVA; TEXEIRA, 2014). Para tal, o governo militar ampliou a aquisição de serviços pela previdência e concedeu incentivos fiscais às empresas para a contratação de associações privadas ou cooperativas de médicos que oferecessem serviços de saúde para seus funcionários.

O final dos anos 1970, no Brasil, foi marcado por um período de redemocratização, onde as lutas contra a ditadura ganhavam novos sujeitos sociais e, a partir do final dessa década, a crise econômica internacional oriunda do aumento no preço do petróleo atingiu o país dando fim ao ciclo de forte crescimento econômico, favorecendo o desenvolvimento das tensões sociais e o surgimento de variadas mobilizações populares que reivindicavam transformações políticas e mudanças nas condições sociais. É nesse cenário que emergem as críticas aos serviços de saúde e os movimentos encabeçados por diversos segmentos da sociedade, como estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde, que defendiam mudanças no sistema de saúde vigente no país. Esses movimentos, segundo Paim (2008), são antecedentes importantes da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e é, através deles, que surge o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, que segundo Rodriguez Neto (1997 apud PAIM, 2008, p. 82) tem sido reconhecido como o primeiro “protagonista institucionalizado” do movimento sanitário brasileiro.

O Movimento de Reforma Sanitária foi caracterizado por não se limitar a fazer denúncias contra a ditadura e seus interesses econômicos, mas, também, apresentar propostas construtivas e um projeto de transformação do sistema de saúde vigente. Desse modo, durante a VI Semana de Estudos sobre Saúde Comunitária (SESAC),



realizada em Florianópolis, foi divulgado o texto de título “ A questão democrática na área de saúde” que teve como autores Hésio Cordeiro, José Luiz Fiori e Reinaldo Guimarães, onde, pela primeira vez, foi proposta a criação do “Sistema Único de Saúde (SUS)”, em seguida, o texto foi admitido como documento do CEBES Nacional e apresentado por Sérgio Arouca no I Simpósio de Política de Saúde da Câmara de Deputados como descreve Rodrigues Neto:

Em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o movimento, representado pelo CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, sua proposta de reorientação do sistema de saúde que já se chamava, na época, Sistema Único de Saúde. Essa proposta, levando em conta experiências bem-sucedidas em outros países, propunha, ao lado da democratização geral da sociedade, a universalização do direito à saúde, um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizado, integrando as ações curativas e preventivas e democrático, com participação da população (1994, p. 09).

Diante daquele cenário político a proposta não conseguiu se impor, mas a crise econômica e a crescente pressão social pela melhoria nos serviços de saúde a transformou em base para as reivindicações que se seguiram, como descreve Escorel:

Com base nessa proposta, o movimento sanitário foi se desenvolvendo desde o final do período autoritário, ampliando-se com a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), com a conquista de entidades pela Renovação Médica (REME), com a mobilização nacional pelas Diretas já e culminando com a elaboração do Programa de Governo de Tancredo Neves quando se anunciava a fundação de uma Nova República e se propunha uma ‘reviravolta na saúde’ (SCOREL, 1988, 1998, apud PAIM, 2008, p. 82).

Os anos 1980 tem início com o Brasil imerso em uma crise socioeconômica que refletia o modelo político ideológico adotado nos últimos tempos, pautado no controle e na repressão, esse agravamento da crise empurram o governo a ir aos poucos incorporando as reivindicações populares e reorganizando os serviços de saúde. É nesse cenário que surge o projeto que ficou conhecido como PREV-SAÚDE o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde. Esse programa deveria integrar os Ministérios da Previdência e da Saúde visando organizar o setor público de saúde opondo-se ao setor privado, que por sua vez, era mais de 80% sustentado pelo próprio estado. Ele propunha o estabelecimento de uma rede básica de saúde, que fosse regionalizada e hierarquizada, financiada e administrada pelo estado e predominante à

rede privada, entretanto, com a falta de verbas previdenciária e após seu debate entre os movimentos de saúde sofreu muitas pressões e ficou apenas como encaminhamento à Câmara dos Deputados e nunca saiu do papel.

No período que se segue, lideranças da Reforma sanitária assumiram cargos diretivos no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e como resposta à crise, os técnicos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) efetivaram medidas que tinham como objetivo diminuir os gastos com os contratos firmados com setor privado e, paralelamente, ampliar as ações do setor público, ocasionando a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP e o surgimento de um pacote de aumento na contribuição previdenciária. As medidas racionalizadoras instituídas pelo Conasp avançaram e resultaram na formulação e aprovação do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, chamado também de Plano do Conasp:

No caso do Conasp, apesar dos enfrentamentos não ficarem restritos às lutas ideológicas, a ação política ia além da questão saúde, mas encontrava uma situação adversa para a classe trabalhadora. Este plano, cujos princípios eram reconhecidamente válidos por expressivas entidades de profissionais, tinha todas as condições para se tornar, concretamente, algo à imagem e semelhança do regime: autoritário, tecnocrático e anti-popular. Todavia, as eleições diretas para governador no final de 1982 e a criação do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass) modificaram de certo modo a correlação de forças. Possibilitaram que um dos projetos do Plano do Conasp – os convênios trilaterais que envolviam o Inamps, secretarias estaduais de saúde e municipais – se transformasse no ano seguinte no Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS), vinculado ao Inamps, e em 1984 se apresentasse como ‘estratégia’ das AIS, envolvendo os Ministérios da Saúde e da Educação, além do Inamps (PAIM, 2008, p. 95)

Essas ações deram início a uma alteração na lógica do sistema de saúde vigente no país e anteciparam as propostas institucionais da reforma sanitária do fim dos anos 1980:

Os princípios que norteavam as AIS não eram diferentes do fracassado PREV-SAÚDE: universalidade no atendimento; integralidade e equidade da atenção; regionalização e hierarquização dos serviços; descentralização das ações e do poder decisório; democratização através da participação da sociedade civil e do controle pelos usuários; planejamento e controle efetivo pelo setor público sobre o conjunto do sistema, incluindo os setores filantrópico e privado (ANDRADE, 2001, p. 36).

Com o fim do Regime militar, em 1985, com a eleição indireta do então senador Tancredo Neves e posse de seu vice, José Sarney, por motivo de morte do senador, o Brasil volta a ser uma democracia. Nesse contexto, tem-se início as discussões para a promulgação da Constituição de 1988 e a saúde ganha destaque sendo temática central nas políticas sociais, gera-se uma grande mobilização social em prol da reforma do sistema de saúde, com isso, foi convocada pela Presidência da República, por solicitação do então ministro da Saúde Carlos Santanna, em julho de 1985, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), esta teve início em Março do ano seguinte e teve sua Comissão Organizadora presidida por Sérgio Arouca, uma das principais lideranças do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, a 8ª CNS foi a primeira que contou com a ampla participação da sociedade civil e teve o protagonismo dos profissionais de saúde, trabalhadores e setores populares, contudo:

[...] a 8ª Conferência Nacional de Saúde indicou a necessidade de uma reforma mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde, sua correspondente ação institucional, a universalização do acesso e o fortalecimento do setor público. As propostas desta plenária foram para o debate constituinte e lá enfrentou as resistências por parte dos prestadores de serviço privado do setor de saúde e da medicina liberal, além de conflitos de interesses entre os reformistas da Previdência Social. As disputas de interesse não foram suficientes para barrar a aprovação do SUS e seus princípios, mas impediram a definição de algumas políticas importantes para o processo de implementação da reforma, tais como o financiamento, a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e unificação do sistema, dentre outras (FARIA, 1997, apud KRÜGER et al, 2013, p. 03).

A 8ª CNS construiu o corpo doutrinário e as proposições políticas da Reforma Sanitária Brasileira. Durante o período de elaboração da Constituinte de 1988 o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS divulgou uma série de folhetos para manter em alta o debate sobre a necessidade de uma reforma, a primeira publicação trazia um conjunto de Diretrizes para um Serviço Nacional de Saúde,

Na primeira publicação, o seu Presidente, Hésio Cordeiro, apresentou um conjunto de Diretrizes para um Serviço Nacional de Saúde, reforçando a proposta de distrito sanitário, com as respectivas atribuições, e incluindo um componente tático-operacional, que restringia as estruturas e funções das chamadas Superintendências Regionais para o acompanhamento, controle e avaliação. No segundo folheto foram reunidos três documentos: o primeiro sistematiza as ideias expostas pelo Presidente do Inamps na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio-Ambiente e comentários sobre o relatório da Comissão de Ordem Social da Constituinte; o segundo procura recuperar o vínculo Reforma Sanitária – Democratização da Saúde

como componente do processo de democratização da sociedade; e o terceiro sobre distrito sanitário visando alcançar novos conteúdos para as práticas de saúde.

A ênfase no distrito sanitário resultou no terceiro folheto, apresentando o relatório do Grupo de Trabalho Aperfeiçoamento e Humanização das Ações Assistenciais onde são detalhados aspectos técnicos relativos à organização da rede, atividades, perfil dos recursos humanos, sistema de informações, vinculação da população a serviços, custeio e gerenciamento. Finalmente, o quarto folheto, de caráter mais oficial, trazia a Exposição de Motivos e o decreto presidencial dispendo sobre a criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) em 20/7/1987 (PAIM, 2008, p. 135).

Desse modo, as iniciativas do INAMPS foram um passo à frente para a construção do SUS, e segundo Paim (2008), o SUDS foi considerado um avanço no processo de Reforma Sanitária brasileira, “desencadeando pela base, a reformulação do atual Sistema Nacional de Saúde” (p. 121)

A promulgação da Constituição do Brasil, em 1988, foi um divisor de águas na redefinição das prioridades da política estatal na área da saúde pública. Denominada de Constituição Cidadã, ela é um marco aos direitos dos cidadãos brasileiros, por trazer a garantia das liberdades civis e os deveres do Estado, é nela que a saúde foi finalmente reconhecida como um direito de todos e um dever do Estado, devendo este oferecer, organizar e implementar um Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao longo de 1989, as negociações se concentraram em torno da lei complementar que daria bases operacionais para o SUS. Nesse mesmo ano, foi realizada a primeira eleição direta para presidente da República, assumindo a presidência em janeiro de 1990, Fernando Collor de Mello. Este governo logo apresentou resistências ao texto constitucional especialmente na parte que tratava dos ganhos históricos da classe trabalhadora. Uma das expressões desta resistência se expressou nos vetos a Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.080, em setembro de 1990, sobretudo nos artigos que tratavam da participação da comunidade e do financiamento. Mas as reações do Movimento Sanitário e dos parlamentares envolvidos com a proposta do SUS forçaram, três meses mais tarde, a edição da Lei 8.142, tratando da participação da comunidade no SUS (KRÜGER et al, 2013, p. 03).

O Movimento de Reforma Sanitária teve grandes vitórias na Constituinte, CEBES e Abrasco tiveram grande atuação nessa conjuntura, apesar de não ter efetuado a reforma esperada, o movimento sanitário contribuiu na disseminação do entendimento

do direito à saúde, como componente indissociável da cidadania e para a reforma democrática do Estado.

A criação do Sistema Único de Saúde, através da Constituição de 1988, significou uma vitória na batalha travada pelo Movimento Sanitário em prol do reconhecimento da saúde enquanto um direito universal e pela integralidade da atenção à saúde. Em seu artigo 186, a Constituição federal de 1988, legitima o dever do Estado em garantir esse direito “ mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde ” (Art. 196, CF 1988, p. 118).

O Sistema Único de Saúde tem como finalidade a assistência integral à saúde de todos os cidadãos de maneira universal. A criação do SUS, através da Constituição federal de 1988, significou uma extrema mudança no atual Sistema de Saúde Brasileiro, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade (BRAVO, 2006, p.11) e trazendo a Saúde como um “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988) e trouxe à tona um novo capítulo na história dos direitos sociais.

O artigo 198 da Constituição Federal define o Sistema Único de Saúde da seguinte forma:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (EC no 29/2000, EC no 51/2006, EC no 63/2010 e EC no 86/2015)  
I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;  
II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;  
III – participação da comunidade (BRASIL 1988, p. 119).

Embora tenha sido deliberado pela Constituição de 1988, o SUS só foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080/90<sup>1</sup>, que juntamente com a CF e a Lei 8.142/90<sup>2</sup> compõem o arcabouço legal da saúde e do funcionamento do SUS que garantem que ele seja um sistema de saúde público e universal para a população brasileira e reconhecem a Saúde como um direito social levando, em 1990, à

---

1 A Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento, ou seja, regula as ações e serviços de saúde.

2 Lei Federal n.º 8.142 para assegurar a participação dos usuários do sistema na gestão desses serviços e também a transferência de recursos financeiros.

implantação de um novo modelo assistencial que concebe a Saúde de modo mais abrangente

Art. 3: A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único: Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (Lei 8.080/90).

Desse modo, o Sistema Único de Saúde é um modelo que tem seu olhar voltado às necessidades da população resgatando o compromisso do Estado em relação ao bem-estar social, sobretudo no que diz respeito a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania (CONASS, 2011). O SUS tem como princípios:

UNIVERSALIDADE - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;

EQUIDADE - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;

INTEGRALIDADE - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender à todas as suas necessidades (POLIGNANO, 2001, p.23).

Embora estejam legalmente garantidos, esses princípios nunca foram integralmente efetivados. A perda de força do Movimento Sanitário nos anos que se seguiram à VIII Conferência e, a partir dos anos 1990, a intervenção do Estado pautada nos ideais neoliberais<sup>3</sup> dificultaram ainda mais a concretização desses princípios. Teremos, então, o confronto entre dois projetos na saúde brasileira: o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista (BRAVO, 2006). Assim:

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural,

---

<sup>3</sup> O neoliberalismo se consolida no Brasil, nos anos de 1990, tendo por norte a redução dos direitos sociais já contidos na Constituição, fora o desemprego, precarização do trabalho e etc. e a saúde, com isso também é afetada.

precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação.

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 de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos.

Com relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral (BRAVO, 2006, p.14).

Embora o SUS seja um modelo revolucionário na saúde brasileira, ainda se encontra longe de ser o SUS Constitucional, assim como as políticas sociais em geral, o Projeto Privatista dos serviços de saúde faz com que o SUS tenha um caráter de política direcionada à população mais empobrecida, que não pode pagar pelos serviços privados, tornando-se focalizada e racionalizada, pondo à prova os seus princípios de universalidade e equidade. Mesmo sendo, atualmente, a maior estrutura de política pública voltada para a área de saúde, este tem funcionado de modo precário, com investimentos insuficientes por parte do Estado, com trabalhadores mal remunerados e gestores sem recursos e equipamentos necessários ao bom atendimento da população, gerando filas imensas em busca de atendimentos, hospitais superlotados, mantendo um atendimento curativo<sup>4</sup>, focalizado na doença em detrimento da pessoa doente.

Ainda se tratando de princípios, a integralidade no atendimento do Sistema único de saúde com uma atenção totalizadora, que leve em consideração as dimensões biológica, psicológica e social do usuário ainda é uma realidade distante que deve ter como alicerce práticas interdisciplinares e multiprofissionais com estratégias que possibilitem a construção coletiva e colaborativa entre os setores responsáveis, desde o envolvimento da população, passando pelos profissionais de saúde e a constante articulação com Ministério da Saúde.

---

<sup>4</sup> Atendimento onde se coloca a doença como o principal foco de atenção, deixando de lado o indivíduo enquanto ser social.

## **2.2 Os desafios ao Sistema Único de Saúde - SUS no contexto da política ultraneoliberal nos governos Michel Temer e Jair Messias Bolsonaro.**

Baseado nos antigos ideais do liberalismo clássico, o Neoliberalismo tem como principal característica a defesa de uma intervenção mínima do Estado na economia, teoricamente acarretando em uma autorregulação do mercado e regulação da ordem econômica, tendo também como princípio básico o desaparelhamento do Estado através da privatização. No Brasil, seu ponto de partida para implantação deu-se no governo de Fernando Collor de Mello e sua consolidação deu-se no período de governo de Fernando Henrique Cardoso.

No ano de 2008 temos a primeira crise aguda do capitalismo no século XXI, apresentando características mais graves e diferentes do que vinha sendo a crise estrutural do capital em curso desde o fim da década de 1970.

Os Estados nacionais após a crise de 2008 tornaram-se ainda mais endividados, o que faz com que os credores para garantirem as obrigações de pagamento dos Estados esforcem-se ainda mais para interferir na política. No conflito entre o capital credor e os trabalhadores, os primeiros precisam garantir que, em caso de crise, seja dada prioridade aos seus 'direitos' (STREECK, 2018).

Mendes et al (2020) nos diz que a recessão resultante do colapso do banco Lehman Brothers, em 2008, foi sucedida por um longo período que contou com uma combinação de baixo investimento e crescimento reduzido da produtividade, por conta de uma menor lucratividade dos setores produtivos e uma aceleração no campo da especulação financeira. A crise de 2008 leva o capitalismo neoliberal a um novo nível, impondo um aperfeiçoamento da conjuntura neoliberal transformando-a no que chamamos de ultraneoliberalismo, o que ocasionou a legitimação de um novo bloco histórico que culminou na ascensão de governos neofascistas em vários países do mundo que, para ordenar uma melhor lógica do capital sobre a sociedade, levantaram questionamentos à democracia liberal com fortes tendências nacionalistas, autoritárias, xenófobas, assumindo um caráter absolutista e hiperautoritário.



Segundo Bravo et al (2020), no Brasil, o golpe de Estado que destituiu a presidenta Dilma Rousseff, em maio de 2016, foi a virada para o ultraneoliberalismo, trouxe consigo o fim de avanços significativos para a classe trabalhadora e a criação e expansão de políticas de combate à pobreza, que vinha acontecendo nos governos petistas (Lula - 2003 a 2010 e Dilma - 2011 a 2016) que, apesar de cumprirem um papel funcional ao capitalismo no Brasil, apresentaram resultados positivos de algumas políticas sobre os indicadores sociais. Como observa Cislighi (2021), o governo de Dilma foi o último representante do neoliberalismo de cooptação liderado pelo PT. O que se seguiu, a partir do governo Temer, colocou o Brasil numa série de retrocessos e ataques aos direitos sociais e trabalhistas, acelerando e intensificando políticas que corroboram para o desmonte do Estado brasileiro, que foram aprofundadas no governo Bolsonaro, trazendo implicações diretas sobre a política de saúde e o SUS.

No governo Temer, tem-se a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, cortes orçamentários na política de saúde; a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis; propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação efetiva com o setor privado por meio da Coalizão Saúde (2017). Em síntese, o governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão que consiste no aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais (BRAVO et al, 2020).

Nessa direção, Freire et al (2020) observam que, a medida mais expressiva do governo Temer, que deixa ainda mais evidente a barbárie ultraneoliberal, que se desdobra em muitas outras, foi a Emenda Constitucional nº 95 (EC 95) ou PEC 55, mais popularmente conhecida como a PEC do "fim do mundo", aprovada em 15 de dezembro de 2016, que instituiu um "Novo Regime Fiscal" que restringiu, pelos próximos 20 anos, o gasto público primário destinado aos direitos fundamentais como a saúde, a educação e a assistência social, estabelecendo um teto para essas despesas, que só poderá ser ampliado para cobrir a inflação referente ao ano anterior. Logo, não teremos aumento no recurso financeiro o que tornará o orçamento cada vez mais incompatível com as demandas, pois o mesmo desconsidera o crescimento demográfico e a taxa de longevidade brasileira que influem diretamente nas demandas dos serviços públicos. Com isso, se anteriormente se tinha um cenário de subfinanciamento, a

aprovação da PEC 55 nos trouxe a um cenário de desfinanciamento, ou seja, diminuição dos valores gastos pelo governo federal como reafirma Weiller:

Assim, se antes tínhamos um cenário de subfinanciamento, com a aprovação da EC 95/2016 passamos a ter um cenário de desfinanciamento, ou seja, queda nos valores gastos pelo governo federal. No cenário de congelamento do piso de aplicação em saúde, o SUS já perdeu R\$ 8,5 bilhões em 2019, como resultado da diferença entre R\$ 127 bilhões – 15% da RCL (receita corrente líquida) prevista para 2019 (mínimo obrigatório caso não vigorasse a EC 95) – e o valor orçamentário disponível para 2019, de R\$ 118,5 bilhões (dotação da LOA, Lei Orçamentária Anual, subtraindo-se os valores contingenciados) (WEILLER, 2019).

Ainda no que diz respeito a esse assunto, a discussão em torno do financiamento do SUS tem sido um processo complicado e apreensivo no contexto da barbárie do tempo histórico do capitalismo contemporâneo em crise. Nos últimos 30 anos, correspondentes à existência do SUS, pode-se observar que o Estado brasileiro não deixou de incentivar o setor privado, impondo riscos à saúde universal (MENDES et al, 2020).

O que se sucede ao fim do mandato de Temer, com a eleição do presidente Jair Messias Bolsonaro é uma intensificação do desmonte do Sistema Único de Saúde brasileiro com políticas voltadas à precarização das condições de vida e de saúde da população. Tomemos como exemplo a substituição de uma das maiores políticas realizadas pelo Ministério da Saúde: o “Programa Mais Médicos”, que foi substituído no atual governo pelo “Programa Médicos pelo Brasil”, reforçando a hegemonia da categoria médica e introduzindo elementos tanto na assistência quanto na gestão, havendo uma agencialização da administração pública e flexibilização das leis trabalhistas. Outro grande retrocesso do governo Bolsonaro foi a Nota Técnica (11/2019) lançada pelo Ministério da saúde que defende a retomada da ampliação dos leitos em hospitais psiquiátricos, indo de encontro a Reforma Psiquiátrica e os direitos das pessoas com transtorno mental (WEILLER, 2019).

Ainda segundo Weiller (2019), pode-se reconhecer que as políticas do governo Bolsonaro estão direcionadas ao Mercado com interesse voltado aos negócios que podem ser consolidados: planos/serviços privados de saúde, hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, sem esquecer as diversas concessões às indústrias das armas e ao setor do agronegócio. Temos um SUS subordinado à lógica do mercado, onde a

ideia é subfinanciar, sucatear para convencer a todos que a privatização é o melhor caminho e ainda que não se pretenda acabar com ele, percebe-se que há um interesse em acabar com o princípio da Universalidade.

Para Souza et al (2019), a face ultraparticularista e de tons fascistas da nossa burguesia que foi escancarada a partir do golpe, é congruente à expropriação sofrida pelas políticas de proteção social em demérito de qualquer compromisso com os trabalhadores e segmentos mais pauperizados da sociedade. A supracitada autora salienta ainda que:

No tempo presente, mais especificamente nos últimos dois anos, assistimos uma onda avassaladora de contrarreformas tocadas de maneira aligeirada para garantir a retomada de fôlego ao grande capital financeiro, ao mesmo tempo em que eram mascaradas por discursos reacionários de cunho moral (o mote anticorrupção, uma suposta ‘ideologia de gênero’ e ‘doutrinação’ de esquerda). Desde o ingresso de Temer no poder o capital viu-se na tarefa urgente de acelerar a criação de instrumentos legais e normativos que ampliem a apropriação do fundo público pelo capital portador de juros. (SOUZA et al, 2019. S.p.)

Mendes et al (2020) vai nos dizer que, para compreender a crise capitalista devemos nos basear nas duas formas determinantes da sociabilidade capitalista a forma mercadoria/forma valor e a forma política estatal, acrescidas, ainda, de uma terceira forma: a jurídica ou também conhecida como forma contratual em sua conformação com a carência de garantir as relações de produção. “Esta última também entra em crise, colocando em cheque os direitos sociais – o direito à saúde –, isto é, reduzindo-os. Daí é que se pode referir aqui à crise da forma direito” (Mendes et al, 2020).

Todos esses desmontes das políticas sociais e mais especificamente, sobre a Política de saúde, impactam diretamente na qualidade e execução dos serviços de saúde, sendo esses sucateados ao longo dos 30 anos de criação do SUS, seus usuários são submetidos a longas filas de espera, a falta de integralidade dos serviços, superlotação, gerando também condições de trabalho cada vez mais limitadas e precárias para os profissionais. É nesse contexto que surge a Política Nacional de Humanização - PNH, para tentar apaziguar os ânimos e humanizar os serviços prestados, ela vai se moldando e numa tentativa de suprir as demandas advindas desse sucateamento.

No próximo capítulo faremos um resgate do surgimento da Política Nacional de Humanização no Brasil, em qual contexto esta emerge e como tem se dado a materialização dessa política no âmbito do Sistema Único Saúde.

### **3 SOBRE A MATERIALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO BRASIL CONTEMPORÂNEO**

#### **3.1 O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).**

Tendo em vista a melhoria na qualidade do atendimento, na capacidade de compreensão das demandas e expectativas dos usuários do SUS por parte dos profissionais de saúde, uma vez que os bons resultados do trabalho de uma equipe de saúde dependem também de sua capacidade em oferecer um atendimento humanizado à população; o então ministro da saúde José Serra lançou, pelo Decreto 881 de 19 de junho de 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), cujo os objetivos eram:

- Difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira;
- Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil;
- Capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania;
- Conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde;
- Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública;
- Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nesta área;
- Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado;
- Modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade. (BRASIL, 2001, p. 14)

O PNHAH aparece como um novo caminho da atenção em direção aos limites que compõe o atual modelo de assistência pública à saúde, onde a viabilização dos princípios doutrinários do SUS, universalidade, equidade e integralidade das ações, que deveriam ser garantidos aos cidadãos, tornou-se um enorme desafio, tanto para o governo quanto para a sociedade. Desse modo, o Programa iniciou ações em hospitais que visavam a criação de comitês de humanização direcionados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, posteriormente, ao trabalhador, e, de 2000 a 2002, constituiu-se enquanto um conjunto de “ações integradas que visava mudar

substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços” (BRASIL, 2001), pregava a melhoria das relações entre profissionais de saúde e usuários e, também, a valorização da dimensão humana e subjetiva de todo ato de assistência à saúde levando em consideração dimensões subjetivas como a angústia, a raiva, medo, compaixão, dentre outros sentimentos que permeiam a relação entre o usuário e o profissional de saúde.

Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade (BRASIL, 2001. S.p.).

Se levarmos em consideração a perspectiva de saúde presente na concepção da reforma sanitária e nos princípios do SUS, o PNHAH ainda carecia da contextualização necessária à compreensão da saúde sob a perspectiva da totalidade,

O Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de ‘humanização’ voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador. Tais iniciativas encontravam um cenário ambíguo em que a humanização era reivindicada pelos usuários e alguns trabalhadores e, por vezes, secundarizada por gestores e profissionais de saúde. Por um lado, os usuários reivindicam o que é de direito: atenção com acolhimento e de modo resolutivo; os profissionais lutam por melhores condições de trabalho. Por outro lado, os críticos às propostas humanizantes no campo da saúde denunciavam que as iniciativas em curso se reduziam, grande parte das vezes, a alterações que não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos (FIOCRUZ, 2008, p. 245-246).

O PNHAH desenvolveu-se nesse cenário de busca pela promoção de uma nova cultura no atendimento, que tinha como principal fundamento a melhoria do relacionamento entre todos os atores envolvidos no universo da saúde hospitalar. Desse modo, a relação histórica do programa é assinalada por mudanças, relevantes à vida da sociedade, entretanto, estas construídas sob o ponto de vista da desumanização, da exclusão. E, embora o PNHAH tivesse propostas de humanização que foram exclusivamente referidas ao ambiente hospitalar, é importante ressaltar a importância desse programa em termos de propostas de humanização, que serviram como parâmetro para a construção da Política Nacional de Humanização na Saúde, a qual trataremos logo a seguir.

### **3.2 A Política Nacional de Humanização-HumanizaSUS.**

Como vimos até aqui, os avanços ocorridos na década de 1980 que culminaram na construção de um novo modo de se fazer saúde, as Leis Federais nº 8.080 e 8.142 de 1990 nos trouxeram ao que hoje conhecemos como SUS, cujos paradigmas são baseados na universalidade, na igualdade e na integralidade da atenção. A saúde passa a ser entendida como um direito universal de cidadania e dever do Estado.

Desde sua instituição, o SUS tem enfrentado um processo de precarização que tem atingido tanto a qualidade do trabalho dos profissionais quanto o acesso aos bens e serviços de saúde, o que levou a repensar práticas e estratégias para a superação dessas dificuldades. A 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1999 trouxe o tema “O Brasil falando como quer ser tratado-Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”. Seus participantes salientaram a necessidade em se priorizar a humanização nos cuidados destinados aos usuários, ampliando a qualidade dos serviços prestados e do acolhimento, propondo a educação continuada como modo de concretizar essas mudanças. Como tratamos anteriormente, foi nesse cenário que o tivemos a implantação, em 2001 do PNHAH, que foi, em 2003 transformado em política, recebendo o nome de Política Nacional de Humanização (PNH).

A PNH apresenta-se não mais como um programa, mas como uma política para se reinventar modos de gerir e modos de cuidar, tomando por diretrizes o acolhimento, a ampliação da clínica, a gestão democrática, a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários. Estas diretrizes se apoiam em três princípios: a ampliação da transversalidade ou aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos, favorecendo a capacidade de interferência mútua entre sujeitos e a sua capacidade de deslocamento subjetivo; a inseparabilidade entre gestão e atenção e, finalmente, a aposta no protagonismo dos sujeitos em coletivos (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

O SUS operacionaliza a humanização através do diálogo com seus usuários, do compartilhamento dos saberes e experiências, pelo trabalho em rede com equipes multiprofissionais, identificando as particularidades dos sujeitos, e também pelo fortalecimento da aliança entre seus níveis de gestão (federal, estadual e municipal) e gestores, trabalhadores e usuários (TOCCI; COTA, 2014).

Nessa perspectiva, a PNH institui a troca e a construção de saberes, bem como o trabalho em rede com equipes multiprofissionais e a identificação das necessidades,

desejos e interesses dos mais diversos sujeitos no campo da saúde. A PNH retoma os fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde. Espera-se então, com implementação da PNH, reduzir as filas e o tempo de espera nos hospitais e serviços do SUS, com base nos critérios de risco; proporcionando um verdadeiro acolhimento que leve em consideração as demandas do usuário; identificando e responsabilizando funcionários que prestam serviços de saúde; simplificando e garantindo o acesso do usuário aos seus direitos; gerando espaços condizentes e saudáveis para os que atuam com os serviços em saúde; contribuindo para uma gestão participativa aos trabalhadores e também, uma educação permanente.

Ao longo dos anos, o Ministério da Saúde elaborou e distribuiu cartilhas, folders entre outros, como um modo de orientar os cidadãos, onde elenca as formas de operação, os métodos, os objetivos, os princípios, as diretrizes da PNH e as propostas de como colocá-las em prática. A PNH apresenta-se como uma política embasada nos seguintes princípios e diretrizes:

Princípios	<b>Transversalidade</b> (visa aumentar a comunicação intra/intergrupos. Assim reconhece as especialidades que atuam na saúde, quebrando as barreiras dos saberes e regiões produzindo a saúde de forma corresponsável)
	<b>Indissociabilidade entre atenção e gestão</b> (incentivando a participação de usuários e trabalhadores e entendendo o funcionamento da gestão dos serviços e da rede de saúde. Este princípio também reforça a corresponsabilidade da família e do indivíduo nos cuidados do tratamento de saúde como protagonistas no processo)
	<b>Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos</b> (visa à ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, compartilhando responsabilidades. Afirma que um SUS humanizado trabalha com a legitimidade cidadã de direitos e valoriza a sua importância dentro da produção de saúde)
	<b>Acolhimento:</b> Tem a função de reconhecer as particularidades que o usuário traz às unidades de saúde como legítimas. O acolhimento



Diretrizes	<p>sustenta o relacionamento entre equipes/serviços e usuários/populações. A sua implantação é de caráter coletivo e parte da avaliação dos processos de trabalho. Tem como objetivo estabelecer relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva</p>
	<p><b>Gestão participativa e cogestão:</b> Cogestão aborda a inclusão de novos atores na avaliação, análise e decisão nas atividades da gestão – que se cria como espaço de realização de análise das realidades, da política como um todo e da saúde de forma particular, “em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo”.</p>
	<p><b>Ambiência:</b> A partir de um novo processo de trabalho, tem por objetivo criar espaços acolhedores, saudáveis, confortáveis, possibilitando o encontro entre as pessoas, mas que ao mesmo tempo exista a privacidade dos sujeitos envolvidos</p>
	<p><b>Clínica ampliada e compartilhada:</b> Trata-se de uma ferramenta teórica e prática em que sua finalidade é desenvolver uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, levando em consideração as particularidades do sujeito, atento a complexidade do processo saúde/doença. Além disso, entende os possíveis danos da ineficiência, da fragmentação das áreas de conhecimentos envolvidas na saúde e a interação deste trabalho</p>
	<p><b>Valorização do trabalhador:</b> Valoriza a experiência dos trabalhadores e dá visibilidade para suas ações, além de estimular a participação destes na tomada de decisão na intencionalidade de qualificar os processos de trabalho, já que este atua na ponta do atendimento.</p>
	<p><b>Defesa dos direitos dos usuários:</b> Esse dispositivo tem a intenção de tornar público aos usuários do SUS seus direitos garantidos constitucionalmente para que estes sejam cumpridos durante todo processo de cuidado.</p>
	<p><b>Formação e intervenção:</b> Através de cursos e oficinas de formação/intervenção e a partir da discussão dos processos de trabalho, as</p>

	<p>diretrizes e dispositivos da PNH são vivenciados e reinventados no cotidiano dos serviços de saúde. Em todo o Brasil, os trabalhadores são formados técnica e politicamente e reconhecidos como multiplicadores e apoiadores da PNH, pois são os construtores de novas realidades em saúde e poderão se tornar os futuros formadores da PNH em suas localidades.</p>
--	---

Fonte: Adaptado do Folder Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2015)

A PNH atua a partir dessas orientações, sendo essas clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinadas formas de trabalho, dando ênfase em como alcançá-las. Como preconizado pelo Ministério da Saúde, humanizar a atenção à saúde significa a valorização das práticas de atenção e de gestão no SUS, promovendo o fortalecimento do compromisso com os direitos do cidadão, onde se destacam o respeito às questões humanitárias, de gênero, etnia, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, entre outros). É também garantir o acesso dos usuários às informações sobre sua saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam dela, respeitando o direito de acompanhamento de pessoas de sua própria rede afetiva. É ainda estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva entre os trabalhadores e os usuários.

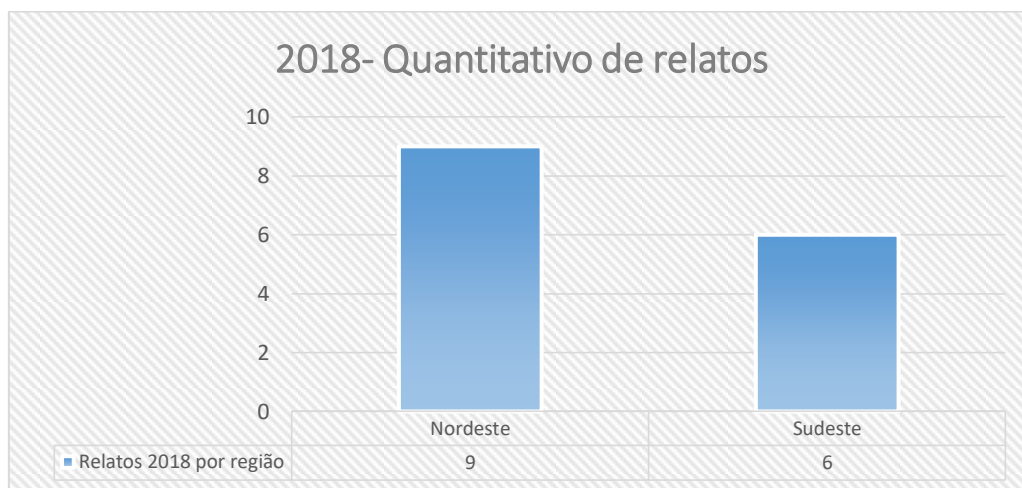
Vale salientar que, ao trabalhar a corresponsabilidade dos sujeitos envolvidos nos processos de saúde, a PNH deixa subentendido que a responsabilidade da gestão do SUS e sua qualificação dependem desta relação. Ela não identifica, no Estado, o papel de regulador das políticas e seu principal responsável. Além disto, não leva em consideração os fatores que envolvem os processos de saúde e que interferem diretamente na interação destes sujeitos, como a remuneração profissional, a estrutura física e tecnológica dos hospitais, o pouco investimento na saúde, as privatizações dos hospitais públicos, que interferem e contribui para precarização nos atendimentos. Tais questões serão discutidas no próximo item, onde daremos visibilidade à materialização da PNH situando os programas, projetos e ações que estão sendo executados no Brasil, para isso, utilizaremos como fonte os relatos de experiências compartilhadas no site da Rede Humaniza SUS, nos anos de 2018 - 2019, onde profissionais de saúde do SUS de todos os cantos do Brasil compartilham as diversas formas de materialização da PNH em seus ambientes de trabalho, buscando responder a seguinte questão investigativa: Qual a tendência da Política Nacional de Humanização no BRASIL no período de 2018 a 2019, nas regiões Sudeste e Nordeste?

### **3.3 A tendência da materialização do Programa Nacional de Humanização no Brasil, no período de 2018 à 2019, nas regiões sudeste e nordeste**

Para identificar a tendência da materialização da Política Nacional de Humanização no Brasil nos anos de 2018 a 2019, foi realizada uma pesquisa quantitativa e qualitativa, cuja amostra intencional foram os relatos de experiência sobre humanização em saúde publicados no site da Rede HumanizaSUS, provenientes das regiões Nordeste e Sudeste durante esse período. Para melhor análise, esses relatos foram classificados por regiões e estados e categorizados tendo como referência as diretrizes da PNH.

No processo de investigação, esta pesquisa recorreu à Análise de Conteúdo, embasada nos estudos de Lawrence Bardin (2004), adotando-se a Análise Temática para desvelar os significados manifestos e encobertos nos documentos (relatos) publicados no site da Rede HumanizaSUS, no período de 2018-2019. Quanto ao critério de escolha da análise de conteúdo, esta se deu por ser um instrumento de investigação que permite desvelar os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação, possibilitando uma compreensão para além dos seus significados imediatos.

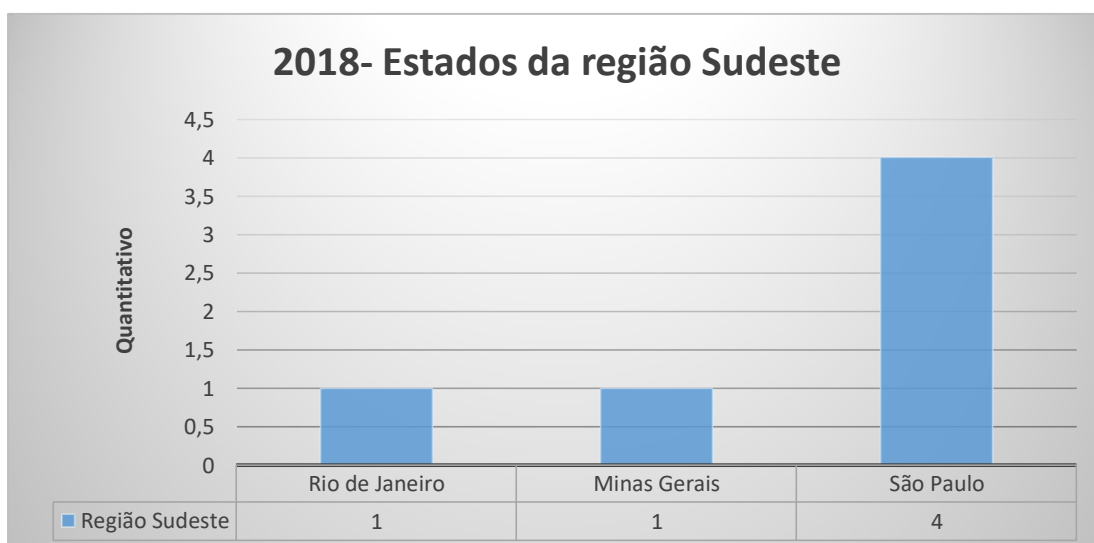
**Figura 01 – Quantitativo de relatos de experiência analisados nas regiões Nordeste e Sudeste em 2018.**



Fonte: Elaboração própria, a partir dos relatos de experiência publicados no site da Rede HumanizaSUS nos anos de 2018 e 2019. (2021)

Para identificarmos qual a tendência da materialização da Política Nacional de Humanização no Brasil, foram selecionados no site da Rede HumanizaSUS 15 relatos de experiência sobre humanização em saúde, sendo 9 provenientes da região Nordeste e 6 da região Sudeste, referentes ao ano de 2018, conforme demonstra a figura 01 acima explicitada

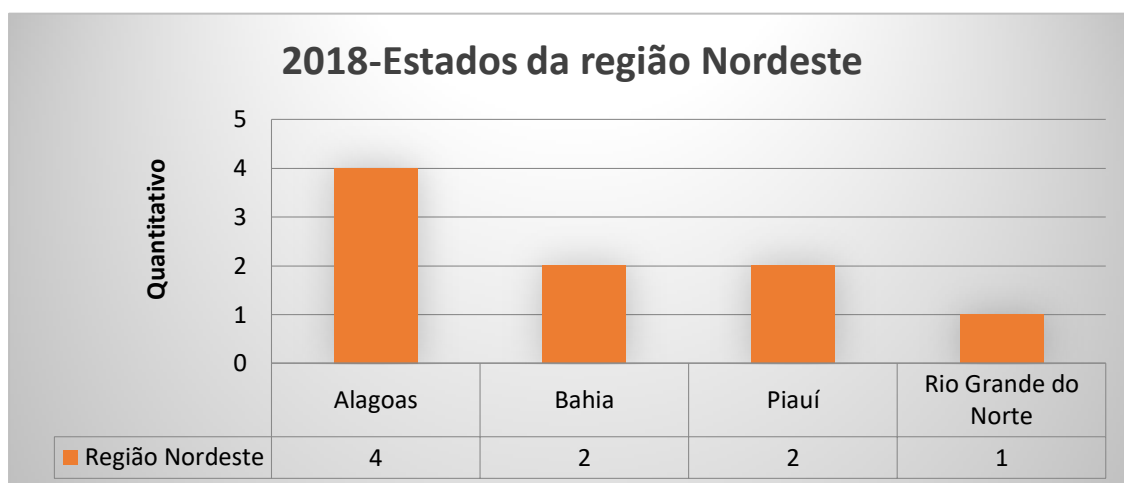
**Figura 02 – Quantitativo de relatos de experiência , por Estados da região Sudeste, no ano de 2018**



Fonte: Elaboração própria, a partir dos relatos de experiência publicados no site da Rede HumanizaSUS nos anos de 2018 e 2019. (2021)

Na figura 02 podemos observar que, dos 6 relatos de experiência da região Sudeste, 1 relato foi proveniente do Estado do Rio de Janeiro, 1 relato proveniente de Minas Gerais e, com maior prevalência, aparecem 4 relatos provenientes do Estado de São Paulo.

**Figura 03 - Quantitativo de relatos de experiência , por estados da região Nordeste, no ano de 2018**



Fonte: Elaboração própria, a partir dos relatos de experiência publicados no site da Rede HumanizaSUS nos anos de 2018 e 2019. (2021)

Na figura 03 podemos observar que dos 9 relatos da região Nordeste sobre humanização em saúde, 1 relato foi proveniente do Estado do Rio Grande do Norte, 2 relatos proveniente do Piauí, 2 relatos foram provenientes da Bahia. A maior prevalência foi do Estado de Alagoas, com 4 relatos.

TABELA 1 : Materialização da Política de Humanização - PNH, nas Regiões Sudeste e Nordeste do Brasil, no Ano de 2018: Ações Desenvolvidas.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIAS	(COMPONENTES)	UNIDADES DE REGISTRO (TEMA)	UNIDADES DE CONTEXTO	FREQUÊNCIAS	
					Nº de unidades de análise	%
MATERIALIZAÇÃO DA PNH	FORMAÇÃO E INTERVENÇÃO	Planejamento participativo	“O planejamento é participativo, com caráter político, além de técnico”	“A participação de profissionais de diversos setores do hospital [...] o Projeto é construído e pensado coletivamente, na medida em que todos os seus participantes têm a liberdade de compartilhar suas ideias, visto que o planejamento é participativo, com caráter político, além de técnico. Ter um projeto tão refletido significa que o resultado das ações dele serão mais eficientes para toda a população usuária dos serviços de saúde do hospital.”	7	46

<p><b>CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHA DA</b></p>	<p>Estudo das características biopsicossociais e escuta qualificada.</p>	<p>“Mergulhar na realidade em que a pessoa está inserida e, por meio de um estudo das características biopsicossociais e escuta qualificada”</p>	<p>“ O GPS (Grupo de Promoção à Saúde) é um estágio no qual o estudante de medicina realiza o estudo da alta hospitalar da pessoa a ser visitada e traça um plano de cuidados em saúde individual que é denominado “alta qualificada. [...] O papel do estudante é, a partir do consentimento do usuário do SUS, mergulhar na realidade em que a pessoa está inserida e, por meio de um estudo das características biopsicossociais e escuta qualificada, tentar modificar o que é possível com ênfase na prevenção e promoção à saúde. ”</p>	<p>4</p>	<p>26</p>
---	--	--	---	----------	-----------

		Terapêutica num sentido ampliado	“Portanto, toda experimentação de uma outra sociabilidade, de cunho solidário e cooperativo é terapêutica num sentido ampliado”	“Este modo ‘empreendedor de si’ tem atravessado toda a experiência existencial e é particularmente devastador no caso das pessoas portadoras de sofrimento psíquico mais radical. Portanto, toda experimentação de uma outra sociabilidade, de cunho solidário e cooperativo é terapêutica num sentido ampliado.”	1	7
--	--	----------------------------------	---	---	---	---



	<b>VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR</b>	Como é que estão os profissionais	“Quando vou realizar uma ação, penso... Como é que estão os profissionais desta unidade?”	“Quando vou realizar uma ação, penso... Como é que estão os profissionais desta unidade? E como nem sempre há um tempo hábil para fazer esta análise de forma mais focal, dou uma atenção especial em fazer que, dentro da atividade eles possam aceitar o desafio de dar “atenção si mesmos”, já que em muitos casos o cuidador tem se tornado mestre em negligenciar sua própria vida, ou a se [dês]sensibilizar acerca do mundo a sua volta, acionando o modo mecânico padrão.”	1	7
--	-----------------------------------	-----------------------------------	---	--	---	---

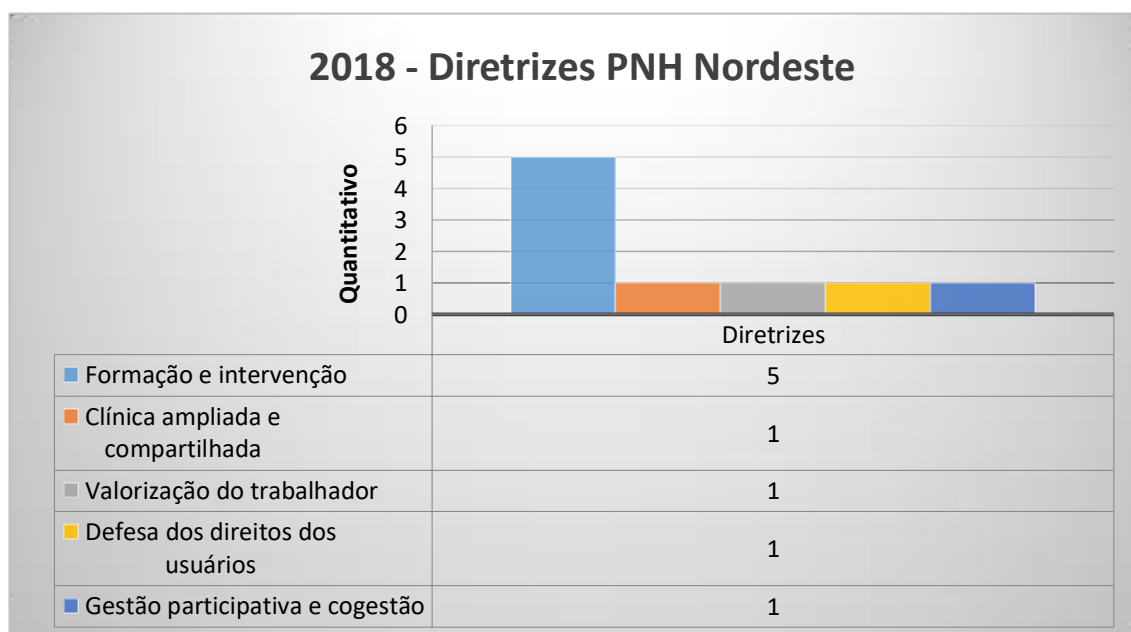
<p><b>DEFESA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS</b></p>	<p>Empoderamento dos usuários</p>	<p>“Para conhecimento da carta e empoderamento dos usuários para fortalecimento e garantia dos seus direitos na saúde.”</p>	<p>“No período de 22 a 24 aconteceu no HILP a I Semana de Discussão dos Direitos dos Usuários [...] com o objetivo de ampliar o debate sobre a carta dos direitos dos usuários da saúde, na perspectiva de fortalecer a participação/controlar social dos usuários e melhorar a qualidade do atendimento no hospital. [...] Os participantes consideraram o evento uma importante iniciativa, para conhecimento da carta e empoderamento dos usuários para fortalecimento e garantia dos seus direitos na saúde.”</p>	<p>1</p>	<p>7</p>
--	-----------------------------------	---	---	----------	----------

	<b>GESTÃO PARTICIPATIVA E COGESTÃO.</b>	Discussão dos serviços prestados e dinâmica das equipes	“Pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho”	“O GTH institui-se em qualquer instância do SUS e é integrado por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho e as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários.[...], eleição de coordenador, coordenador suplente, secretário e secretário suplente.[...] Ficou acordado que nas reuniões seguintes serão discutidas questões como o convite de outros trabalhadores e usuários para participar do GT, problemas e dificuldades encontradas na realização do trabalho.”	1	7
					15	100

Fonte: Relatos de experiência publicados no site da Rede HumanizaSUS nos anos de 2018 e 2019. Elaboração própria, 2021.

Os dados da tabela 1 dão visibilidade à materialização da PNH no ano 2018, especificando as ações desenvolvidas no campo da política de humanização nas regiões sudeste e nordeste. Os dados revelam que a diretriz da PNH mais expressiva e que fundamenta as referidas ações, com 46% (n=7), foi a Formação e intervenção, sendo esta seguida pela diretriz: clínica ampliada e compartilhada, que aparece com um percentual de 33% (n=5). Aparecem também, empatadas, as diretrizes de: valorização do trabalhador; defesa dos direitos dos usuários; gestão participativa e cogestão com percentual de 7% (n=1). O processo de categorização progressiva das unidades de análise presentes nos relatos do HumanizaSUS mostra que, no ano de 2018, duas diretrizes tiveram destaque: a Formação e intervenção e a Clínica ampliada e compartilhada.

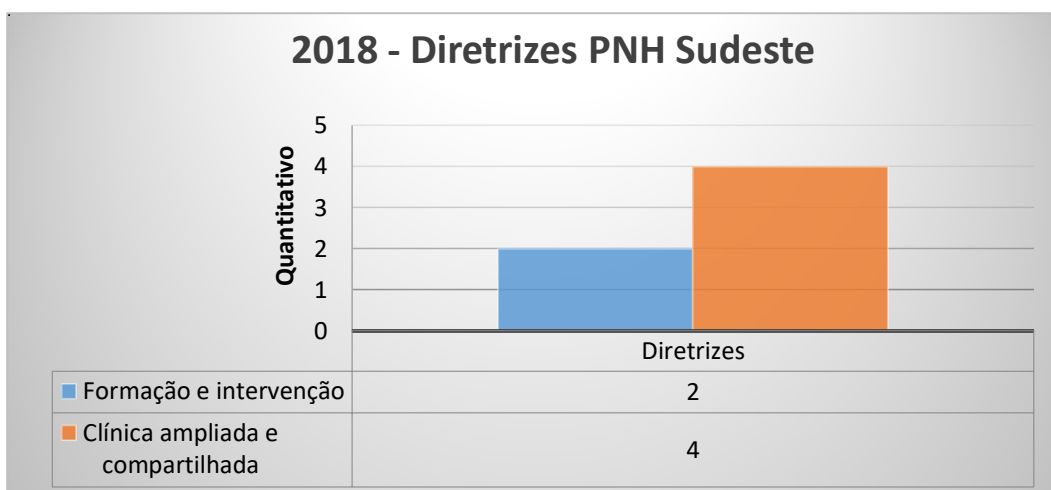
**Figura 04 – Diretrizes da PNH na região Nordeste, no ano de 2018.**



Fonte: Elaboração própria, a partir dos relatos de experiência publicados no site da Rede HumanizaSUS nos anos de 2018 e 2019. (2021)

A figura 4 dá visibilidade às diretrizes da PNH presentes nos relatos sobre humanização em saúde, da região Nordeste, no ano de 2018. Os dados revelam a predominância da diretriz “Formação e Intervenção”, aparecendo em 5 dos 9 relatos.

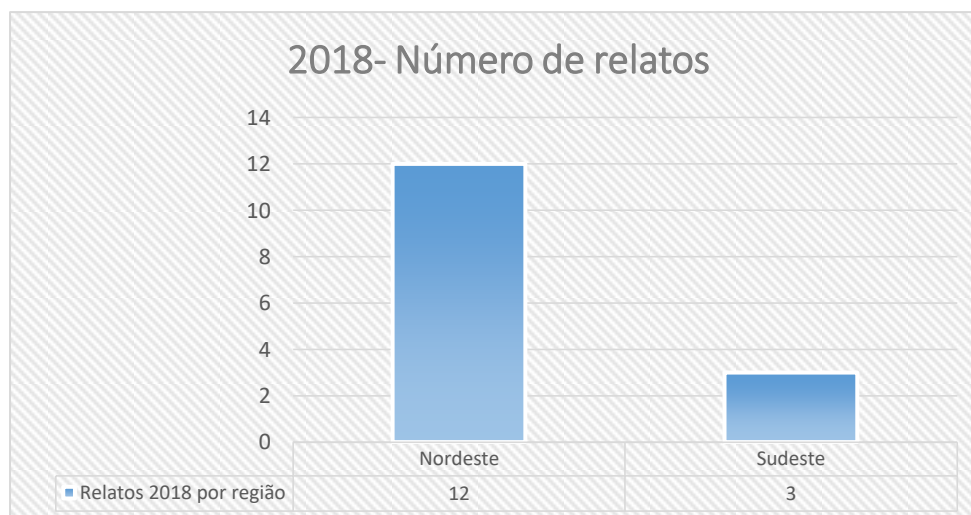
**Figura 05 – Diretrizes da PNH na região Sudeste, no ano de 2018.**



Fonte: Elaboração própria, a partir dos relatos de experiência publicados no site da Rede HumanizaSUS nos anos de 2018 e 2019. (2021)

A figura 5 dá visibilidade às diretrizes da PNH presentes nos relatos sobre humanização em saúde da região Sudeste, no ano de 2018. Os dados revelam a predominância da diretriz “Clínica ampliada e compartilhada”, aparecendo em 4 dos 6 relatos.

**Figura 06 – Quantitativo de relatos de experiência analisados nas regiões Nordeste e Sudeste em 2019.**

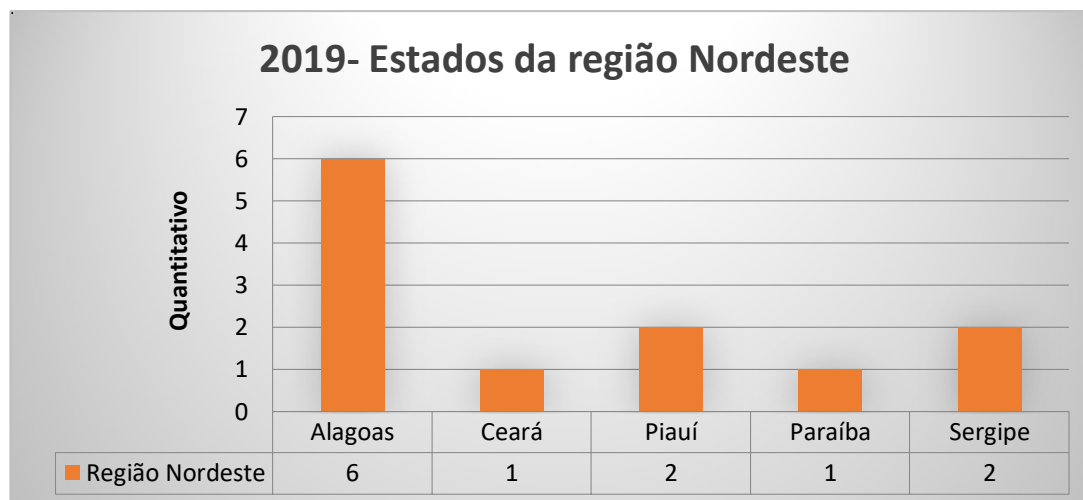


Fonte: Elaboração própria, a partir dos relatos de experiência publicados no site da Rede HumanizaSUS nos anos de 2018 e 2019. (2021)

Para identificarmos qual a tendência da materialização da Política Nacional de Humanização no Brasil, também foram selecionados no site da Rede HumanizaSUS 15 relatos de experiência sobre humanização em saúde, sendo 12 provenientes da região

Nordeste e 3 da região Sudeste, referentes ao ano de 2019, conforme demonstra a figura 06 acima explicitada.

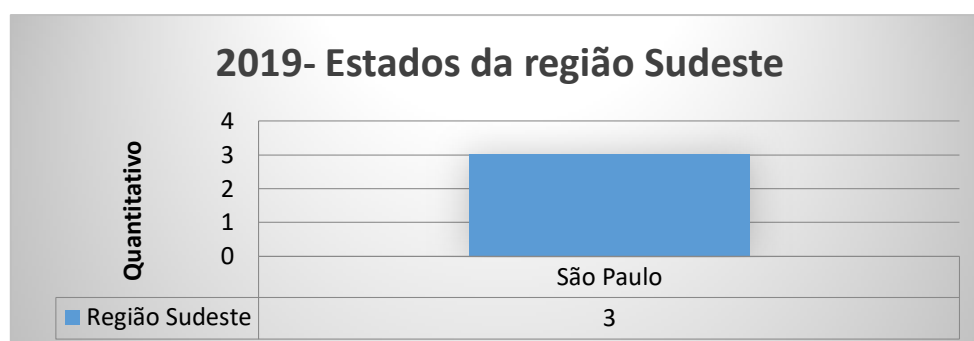
**Figura 07 – Quantitativo de relatos de experiência, por Estados, da região Nordeste no ano de 2019**



Fonte: Elaboração própria, a partir dos relatos de experiência publicados no site da Rede HumanizaSUS nos anos de 2018 e 2019. (2021)

Na figura 07 podemos observar que, dos 12 relatos de experiência da região Nordeste aparecem com maior prevalência, 6 relatos provenientes do Estado de Alagoas, seguidos por 2 relatos provenientes de Sergipe, 2 relatos provenientes do Piauí, 1 relato proveniente do Estado do Ceará e 1 relato proveniente da Paraíba.

**Figura 08 – Quantitativo de relatos de experiência, por Estados, da região Sudeste no ano de 2019.**



Fonte: Elaboração própria, a partir dos relatos de experiência publicados no site da Rede HumanizaSUS nos anos de 2018 e 2019. (2021)

Na figura 08 podemos observar que os 3 relatos da região Sudeste foram provenientes do Estado de São Paulo.

TABELA 2 : A Materialização da Política de Humanização - PNH nas Regiões Sudeste e Nordeste do Brasil, no Ano de 2019: Ações Desenvolvidas.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIAS	(COMPONENTES)	UNIDADES DE REGISTRO  (TEMA)	UNIDADES DE CONTEXTO	FREQUÊNCIAS	
					Nº de unidades de análise	%
MATERIALIZAÇÃO DA PNH	CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA	Empoderamento e mudança de comportamento	“ O Grupo possibilita a troca de experiências e, com o tempo, vão ficando empoderadas e mudam o comportamento ”	“O Grupo possibilita a troca de experiências e, com o tempo, vão ficando empoderadas e mudam o comportamento, começam a se valorizar como pessoa e isso ajuda no tratamento”, explica a psicóloga. [...] “Aos poucos, a gente vai percebendo a evolução das pacientes”.	2	13

		<p>Criação de ambientes saudáveis para a comunidade local</p>	<p>“Facilitadores do PAPP estimulam a criação de Planos de Ação com a finalidade de criar ambientes saudáveis para a comunidade local.”</p>	<p>“Os acadêmicos participam como membros das Equipes Interdisciplinares das ESFs e capturam as Necessidades de Saúde dos moradores das áreas adscritas às Unidades de Saúde. Facilitadores do PAPP estimulam a criação de Planos de Ação com a finalidade de criar ambientes saudáveis para a comunidade local.”</p>	<p><b>2</b></p>	<p><b>13</b></p>
--	--	---	---	---	-----------------	------------------



	<b>ACOLHIMENTO</b>	Humanização da sala de espera	“ A proposta da ação é tornar a sala de espera um local diferenciado: mais bonito, dinâmico, humano e acolhedor”	“Hoje (20), dia dedicado ao contador de histórias, os usuários do HILP ganham mais um espaço de acolhida no hospital, o ‘Cantinho da leitura’. A iniciativa faz parte do EsperAção, um projeto implementado em 2018, que busca ressignificar a sala de espera do ambulatório. A proposta da ação é tornar a sala de espera um local diferenciado: mais bonito, dinâmico, humano e acolhedor.”	<b>1</b>	<b>7</b>
--	--------------------	-------------------------------	--	---	----------	----------

<p><b>VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR</b></p>	<p>Construção pessoal para reverberar no ambiente hospitalar</p>	<p>“ Trabalhadores do SUS discutam sobre suas experiências e sua construção pessoal, reverberando para seu trabalho no ambiente hospitalar”</p>	<p>“A equipe de Reabilitação do HUPAA promove o evento ‘Resiliência: Como vencer a própria dor’, uma possibilidade para que trabalhadores do SUS discutam sobre suas experiências e sua construção pessoal, reverberando para seu trabalho no ambiente hospitalar de um hospital escola.”</p>	<p><b>1</b></p>	<p><b>7</b></p>
--	--	---	---	-----------------	-----------------

<p><b>FORMAÇÃO E INTERVENÇÃO</b></p>	<p>Capacitação para entender a demanda do município, da gestão e dos trabalhadores</p>	<p>“Capacitação para entender a demanda do município, da gestão e dos trabalhadores (...) proporcionando um melhor atendimento à população e melhor qualidade de vida no trabalho”</p>	<p>“Juntos os profissionais conseguem entender a sua necessidade enquanto profissional, suas angústias, conquistas e frustrações no ambiente de trabalho, assim como visualizam alternativas e possibilidades de novas formas de atuação, comunicação e resolução de conflitos; Compreendem a importância da gentileza, empatia, equipe e mais do que tudo, a importância do diálogo [...]A capacitação é organizada para entender a demanda do município, da gestão e dos trabalhadores, conseguindo ampliar a escuta e visualizar novos caminhos frente às dificuldades encontradas, proporcionando um melhor atendimento à população e melhor qualidade de vida no trabalho.”</p>	<p><b>5</b></p>	<p><b>33</b></p>
--------------------------------------	--	--	--	-----------------	------------------

	<b>GESTÃO PARTICIPATIVA E COGESTÃO.</b>	Construção coletiva dos serviços por meio da ouvidoria	“promover a construção coletiva dos serviços e aproximar os usuários do SUS a esta ferramenta chamada Ouvidoria””	“Ouvidoria destaca-se em ser uma instância de controle social, onde os usuários e trabalhadores são sujeitos de mudanças e ocupam papel fundamental nas decisões para si e para o coletivo.[...] Com objetivo de promover a construção coletiva dos serviços e aproximar os usuários do SUS a esta ferramenta chamada Ouvidoria, foi aplicado em Maceió o projeto ‘Café com Ouvidoria’.	<b>4</b>	<b>26</b>
--	---	--	---	---	----------	-----------

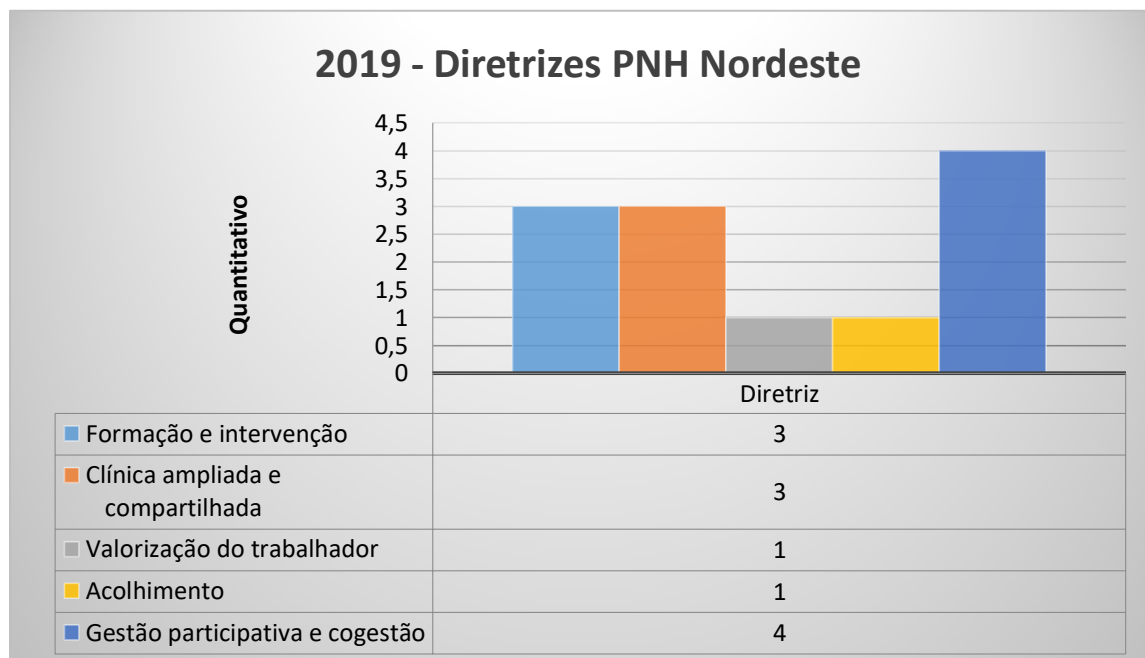
15

100

Fonte: Relatos de experiência publicados no site da Rede HumanizaSUS nos anos de 2018 e 2019. Elaboração própria, 2021.

Os dados da tabela 2, dá visibilidade à materialização da PNH no ano 2019, especificando as ações desenvolvidas no campo da política de humanização nas regiões sudeste e nordeste. Os dados revelam que a diretriz mais expressiva que fundamenta as referidas ações, com 33% (n=5), foi a Formação e intervenção, sendo esta seguida pelas diretrizes: Clínica ampliada e compartilhada e a Gestão participativa e cogestão, que aparecem empatadas com um percentual de 26% (n=4). Aparecem também, empatadas, as diretrizes de: Valorização do trabalhador e Acolhimento com percentual de 7% (n=1). O processo de categorização progressiva das unidades de análise presentes nos relatos do HumanizaSUS revela que no ano de 2019 três diretrizes tiveram destaque: a Formação e intervenção, a Clínica ampliada e compartilhada e a Gestão participativa e cogestão.

**Figura 09 – Diretrizes da PNH na região Nordeste no ano de 2019.**

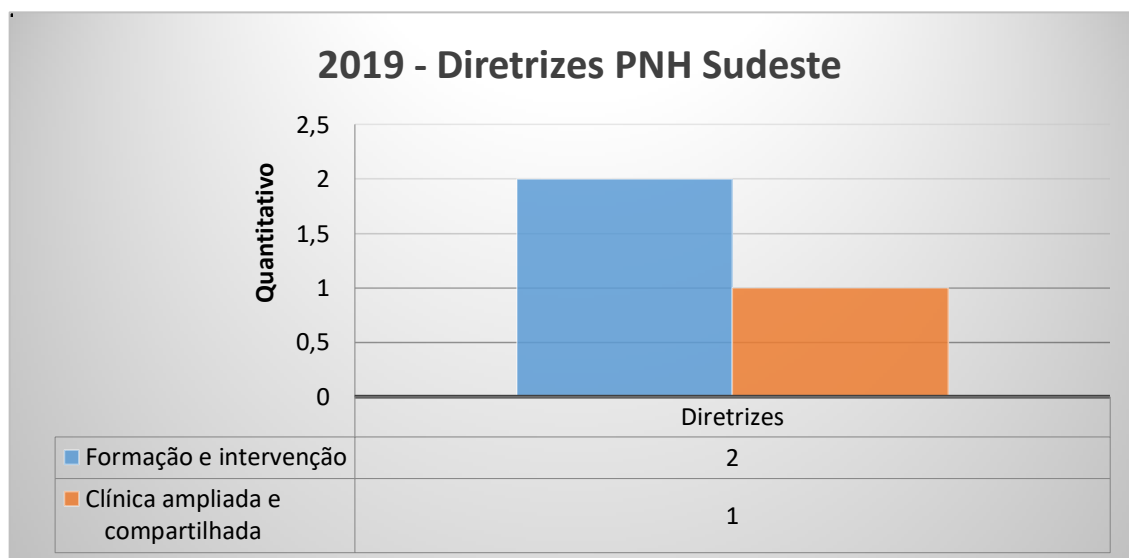


Fonte: Elaboração própria, a partir dos relatos de experiência publicados no site da Rede HumanizaSUS nos anos de 2018 e 2019. (2021)

A figura 09 dá visibilidade às diretrizes da PNH presentes nos relatos sobre humanização em saúde, da região Nordeste, no ano de 2019. Os dados revelam a predominância da diretriz “Gestão participativa e cogestão”, aparecendo em 4 dos 12 relatos. Em segundo lugar, aparecem empatadas as diretrizes Formação e Intervenção e

Clínica Ampliada e compartilhada (n=3) e, em terceiro lugar, aparecem as diretrizes Valorização do Trabalhador e Acolhimento (n=1).

**Figura 10 – Diretrizes da PNH na região Sudeste, no ano de 2019.**



Fonte: Elaboração própria, a partir dos relatos de experiência publicados no site da Rede HumanizaSUS nos anos de 2018 e 2019. (2021)

A figura 10 dá visibilidade às diretrizes da PNH presentes nos relatos sobre humanização em saúde, da região Sudeste, no ano de 2019. Os dados revelam a predominância da diretriz “Formação e Intervenção”, aparecendo em 2 dos 3 relatos. Em segundo lugar, aparece a diretriz Clínica Ampliada (n=1).

A partir dos dados obtidos, iremos analisá-los buscando responder a nossa questão central de pesquisa: Qual a tendência da materialização da Política Nacional de Humanização – PNH, no Brasil, no período de 2018 a 2019 nas regiões Sudeste e Nordeste?

A realização dessa pesquisa documental nos possibilita identificar quais as ações que vêm sendo desenvolvidas no âmbito da Política Nacional de Humanização no Brasil. Melhor especificando, a análise dos relatos de experiência de humanização em saúde publicados no site Rede HumanizaSUS, nos anos de 2018 a 2019, especificamente nas regiões Sudeste e Nordeste do Brasil, nos dá um panorama de como tem se materializado a PNH no período acima especificado; tendo em vista que as diretrizes de uma política, juntamente com seus princípios, são as bases para seu funcionamento e organização. Nesse estudo, para identificarmos a tendência da

materialização da PNH tomamos como referência as diretrizes dessa política, observando sua incidência no período analisado.

Inicialmente, elegemos uma amostra de 30 relatos de experiências de humanização em saúde, provenientes das regiões Sudeste e Nordeste, sendo 15 relatos do ano de 2018 e 15 relatos do ano de 2019. Dos 15 relatos de 2018, 9 relatos foram do Nordeste e 6 do Sudeste e dos 15 relatos de 2019, 12 relatos foram do Nordeste e 3 do Sudeste.

Os dados da tabela 1, demonstrados anteriormente, deram visibilidade à materialização da PNH no ano 2018, especificando as ações desenvolvidas no campo da política de humanização nas regiões sudeste e nordeste. Os dados revelaram que a diretriz da PNH mais expressiva e que fundamentaram as referidas ações, com 46% (n=7), foi a *Formação e intervenção*, sendo esta seguida pela diretriz: *clínica ampliada e compartilhada*, que apareceram com um percentual de 33% (n=5). Apareceram também, empatadas, as diretrizes de: *valorização do trabalhador; defesa dos direitos dos usuários; gestão participativa e cogestão* com percentual de 7% (n=1). O processo de categorização progressiva das unidades de análise presentes nos relatos do HumanizaSUS mostra que, no ano de 2018, duas diretrizes tiveram destaque: a *Formação e intervenção* e a *Clinica ampliada e compartilhada*.

Vê-se, portanto, que a categorização desses relatos, de acordo com as diretrizes da PNH, nos revela que, em 2018, a diretriz mais expressiva e que fundamentou as ações de humanização, tanto no contexto geral quanto por região, foi a *Formação e Intervenção*, ela esteve presente em 46% dos relatos daquele ano (ver tabela 1). A *Clinica ampliada e compartilhada* também se destaca aparecendo em 33 % dos relatos. Já na análise por região, em 2019, no Sudeste temos a predominância da diretriz *Gestão participativa e cogestão*, aparecendo em 4 dos 6 relatos, e na região Nordeste vê-se a predominância da diretriz *Formação e Intervenção*, aparecendo em 5 dos 9 relatos.

Como demonstrado, os dados da tabela 2, deram visibilidade à materialização da PNH no ano 2019, especificando as ações desenvolvidas no campo da política de humanização nas regiões sudeste e nordeste. Os dados revelaram que a diretriz mais expressiva que fundamenta as referidas ações, com 33% (n=5), foi a *Formação e intervenção*, sendo esta seguida pelas diretrizes: *Clinica ampliada e compartilhada* e a *Gestão participativa e cogestão*, que aparecem empatadas com um percentual de 26%

(n=4). Aparecem também, empatadas, as diretrizes de: *Valorização do trabalhador e Acolhimento* com percentual de 7% (n=1). O processo de categorização progressiva das unidades de análise presentes nos relatos do HumanizaSUS revela que no ano de 2019 três diretrizes tiveram destaque: a *Formação e intervenção*, a *Clínica ampliada e compartilhada* e a *Gestão participativa e cogestão*.

Vê-se, portanto, que no ano de 2019, com um percentual de 33%, a *Formação e Intervenção* ainda foi a diretriz mais expressiva na materialização da PNH, seguida pelas diretrizes: *Clínica ampliada e compartilhada* e a *Gestão participativa e cogestão*, que apareceram, empatadas, com um percentual de 26% (ver tabela 2).

Já na análise por região, em 2019, no Nordeste temos a predominância da diretriz *Gestão participativa e cogestão*, aparecendo em 4 dos 12 relatos e na região Sudeste vê-se a predominância da diretriz *Formação e Intervenção*, aparecendo em 2 dos 3 relatos.

Podemos, assim, constatar que a *Formação e Intervenção* tem sido a diretriz mais expressiva no processo de materialização da PNH. Como ressaltam as publicações do HumanizaSUS:

[...] as experimentações no campo da formação têm ocupado importante espaço na agenda PNH. Longe de se pensar que a humanização se resume a uma estratégia de formação, este campo de ação tem sido um solo fértil para a consolidação do método, diretrizes e dispositivos da PNH nos processos de trabalho, bem como um importante recurso de capilarização da PNH na rede SUS, multiplicando rapidamente agentes sociais que se engajam no ‘movimento pela humanização’ (BRASIL, 2010).

Assim sendo, os processos de formação são recursos para a experimentação, construção e ampliação da PNH na rede SUS. Os agentes desta estratégia são, em sua maioria, apoiadores institucionais, que contribuem para a problematização de realidades institucionais, construindo junto às equipes de saúde mudanças nas compreensões, na forma de lidar com conflitos, ampliando processos de grupalidade e, em consequência, alterando atitudes e gerando as condições para a superação de problemas e desafios do cotidiano do trabalho em saúde (BRASIL, 2010).

Também ganha destaque no resultado dessa pesquisa, a diretriz *Clínica ampliada e compartilhada* no processo de materialização da PNH. A proposta da Clínica



Ampliada engloba os seguintes eixos fundamentais: Compreensão ampliada do processo saúde-doença; Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; Ampliação do “objeto de trabalho”; A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho e o Suporte para os profissionais de saúde. (BRASIL, 2009). Assim, pois,

A Clínica Ampliada exige dos profissionais de saúde, portanto, um exame permanente dos próprios valores e dos valores em jogo na sociedade. O que pode ser ótimo e correto para o profissional pode estar contribuindo para o adoecimento de um usuário. O compromisso ético com o usuário deve levar o serviço a ajudá-lo a enfrentar, ou ao menos perceber, um pouco deste processo de permanente construção social em que todos influenciam e são influenciados [...] A partir da percepção da complexidade do sujeito acometido por uma doença, o profissional pode perceber que muitos determinantes do problema não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas. Fica clara a necessidade do protagonismo do sujeito no projeto de sua cura: autonomia (BRASIL, 2009).

Outro destaque na pesquisa é a diretriz *Gestão participativa e cogestão*, que está atrelada a um dos princípios da PNH: *o fomento do protagonismo das pessoas*. A Política de Humanização propõe uma "mudança" na saúde, trazendo o discurso da valorização dos diferentes sujeitos inseridos no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), a partir de valores como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos e a corresponsabilidade, desse modo, estabelecendo vínculos solidários, construindo redes de cooperação e gerando a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2006).

Vale ressaltar que a gestão é um dos eixos estratégicos da PNH, materializada através da diretriz de *Gestão participativa e Cogestão*, onde temos a:

[...] inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto à ampliação das tarefas da gestão - que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo (BRASIL, 2004, S.p.).

Nesse sentido, na PNH os espaços coletivos de gestão são apontados como dispositivos que permitem o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores e os mecanismos de participação de trabalhadores e usuários, sendo eles: colegiados gestores, mesas de negociação, contratos internos de gestão,

câmara técnica de humanização (CTH), grupo de trabalho de humanização (GTH) e gerência de porta aberta (BRASIL, 2008).

No contexto político e social brasileiro, no limiar do século XXI, ganharam força e expressão todas as dificuldades encontradas para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Vê-se, portanto, que a materialização da PNH foi reivindicada historicamente por segmentos da sociedade civil organizada, em um contexto, segundo Castro (2018), no qual se faziam presentes as denúncias de "ações desumanas", bem como, discursos que clamavam por respostas urgentes à crise instalada na saúde, por vezes identificada como falência do modelo SUS.

A análise dos dados supramencionados revela que, nos anos de 2018 a 2019, a tendência do processo de materialização da Política Nacional de Humanização no Brasil, é o predomínio das ações voltadas para a *Formação e Intervenção* cujo eixo central é a construção das ações de Humanização em saúde, por meio de discussões, oficinas e encontros que tratam da socialização de ideias, experiências e do planejamento para melhoria das ações. No entanto, percebe-se que a PNH no Brasil, ainda caminha a passos lentos, num processo de socialização de ideias, experimentação e busca pela sua ampliação, eficácia e efetividade.

## CONCLUSÃO

A partir desse estudo, podemos concluir que em meio a um cenário de serviços de saúde completamente precarizados, em um contexto econômico e social marcados por uma política ultraneoliberal dos últimos governos, a materialização da PNH torna-se uma estratégia, utilizada para maquear a crise na saúde pública, marcada pelas dificuldades de acesso aos serviços por parte dos usuários, pela escassez de recursos humanos e financeiros que, juntos, impossibilitam o atendimento às reais necessidades de saúde da população usuária desses serviços, recorrendo-se às ações apaziguadoras e pontuais, centradas nas subjetividades, que não remetem e nem enfrentam a raiz do problema, que é estrutural.

Decerto que a busca da humanização nos serviços é essencial, e na área da saúde se apresenta como primordial, uma vez que está voltada para o trato de vidas humanas. No entanto, as propostas de humanização para a saúde, colocadas hoje no Brasil, se apresentam como estratégias de respaldo à crise do capital e se pautam em uma lógica que incorporam elementos advindos da reestruturação do capital e das estratégias de ‘qualidade’, fomentando as parcerias público-privadas, a desresponsabilização do Estado e responsabilização e/ou culpabilização de trabalhadores e usuários pela qualidade dos serviços prestados e pelos rumos da política de saúde. Ou seja, a humanização, como mecanismo de combate à crise do capital, apresenta-se como uma estratégia de ‘maquiagem’ da mercadorização da saúde (CASTRO, 2018, p. 165).

Ainda segundo Castro (2018), pode-se perceber essa transferência de responsabilidade do Estado para os sujeitos na medida em que cabe ao trabalhador do setor de saúde “ [...] a responsabilidade por alterar as práticas no atendimento, e aos usuários de conduzir o seu processo saúde-doença, com reforço ao *empowerment*, à resiliência e à construção de redes de apoio” (p. 165). Observa-se, também, que o Estado, ao tempo em que se desresponsabiliza, define políticas e práticas que alimentam e revigoram as requisições sócio históricas do capital. Nas palavras de Castro (2018, p.167):

Longe de afirmar e avançar nos preceitos estabelecidos para a configuração do Sistema Único de Saúde, a PNH indica alternativas que não contribuem para a alteração do sistema de saúde e que, muitas vezes, escamoteiam as reais condições de trabalho, as dificuldades da população em acessar os serviços de saúde e contribuem para o desmonte dos direitos na área da saúde.

Portanto, ainda que atenda uma parcela das necessidades dos usuários, implantando um serviço mais humanizado, acolhendo as demandas e buscando soluções para o enfrentamento do sucateamento do SUS, a PNH trabalha no sentido de apaguazigar os conflitos dos usuários e trabalhadores, sendo, portanto, funcional ao Capital.

Por fim, vale pontuar que, enquanto parte da equipe multiprofissional que gerencia e atua na efetivação da saúde pública, o Assistente Social é parte essencial no processo de materialização, operacionalização da PNH e sistematização das ações.

O caráter crítico e interventivo da profissão permite ao assistente social fazer uma reeleitura da realidade à luz do referencial teórico-metodológico marxiano, ressignificando o papel dos atores envolvidos e organizando e mobilizando os usuários e trabalhadores da saúde. Ao fazê-lo, indubitavelmente o profissional dará uma efetiva contribuição, não apenas ao processo de humanização dos serviços oferecidos mas, e principalmente, ao processo de desmistificação da contradição que permeia a PNH no Brasil, pois tal política, ao atender aos interesses da classe trabalhadora “humanizando os serviços de saúde”, atende aos interesses do capital, escamoteando e apaziguando os conflitos em um contexto marcado pelo aprofundamento do desmonte dos direitos na área da saúde pública brasileira, cujo fim é sua mercantilização.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Selma Manfei, et al. **Bases da Saúde Coletiva**. Ed. da Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina, 2001.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 3ª edição, Editora. Edições 70, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em 20 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS – A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Brasília, 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acesso em 15 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília, 2006. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_base.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf). Acesso em 17 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2015. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_1ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf). Acesso em: 22 nov. 2020

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei 8080/90**. Brasília, setembro de 1990.

BRASIL. **Folder: Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**. Brasília, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009.

BRASIL. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores**. 4ªed. 1ª reimpressão, Brasília, 2008.

BRASIL. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização. **A Humanização Como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**. Brasília, 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana E et al (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo, Editora Cortez, 2006. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/sumario.htm](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/sumario.htm). Acessado em 26 jan. 2020.

BRAVO, M.I. *et al.* **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências**. Revista Ser social, Estado, democracia e saúde, BRASÍLIA, v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020.

CASTRO, M.M.C. **Humanização em Saúde**. Rio de Janeiro. 2018.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Do neoliberalismo de cooptação ao ultraneoliberalismo: respostas do capital à crise. **esquerdaonline**, 2020. Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2020/06/08/do-neoliberalismo-de-cooptacao-ao-ultraneoliberalismo-respostas-do-capital-a-crise/>. Acesso em: 10 de mar. De 2021.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Parte II – O neoliberalismo de cooptação como resposta às resistências. **esquerdaonline**, 2020. Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2020/06/15/parte-ii-o-neoliberalismo-de-cooptacao-como-resposta-as-resistencias/>. Acesso em: 10 de mar. De 2021.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Parte III: O ultraneoliberalismo e a política dos ressentidos. **esquerdaonline**, 2020. Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2020/06/25/parte-iii-o-ultraneoliberalismo-e-a-politica-dos-ressentidos/>. Acesso em: 10 de mar. De 2021.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Humanização**. Dicionário da educação profissional em saúde. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/143.pdf>. Acesso em 20 nov. 2020.

FREIRE, S.M. *et al.* **Políticas de combate a pobreza e avalanche ultraneoliberal: aportes para reflexão**. em BRAVO, M.I.S.; MATOS, MC.; FREIRE, S.M.F. (Org). Políticas sociais e ultraneoliberalismo. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

KRÜGER, Tania Regina, et al. **Da Reforma Sanitária às Privatizações: Discutindo a Saúde Pública Brasileira**. In: Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. Florianópolis, 2013.

MENDES, A. *et al.* **Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento** Revista Ser social, Estado, democracia e saúde. BRASÍLIA. V. 22, n. 46, p. 09-32, 2020.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde:** notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PAIM, JS. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil:** Uma Pequena Revisão. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros> Acessado em: 10 dez. 2019.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. **Cinco anos da Política Nacional de Humanização:** trajetória de uma política pública. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf> Acesso em 16 nov. 2020.

RODRIGUES NETO, E. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde:** suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: *Incentivo a participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde*. Brasília: EEC, 1994.

SOUZA, G. *et al* . **Contrarreformas e recuo civilizatório: um breve balanço do governo Temer.** *Revista Ser social, Estado, democracia e saúde*. BRASÍLIA. V. 21, n. 44, p. 11-28, 2019.

STREECK, Wolfgang. **Tempo comprado: a crise adiada do capitalismo democrático.** São Paulo: Boitempo 2018.

TOCCI, Amanda Simone Sebastião; COSTA, Elaine Cristina Nunes Fagundes. **A gestão em saúde após a política nacional de humanização no Sistema Único de Saúde – SUS.** *Revista Uningá, Maringá*, n. 40, p. 197-206, 2014. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1158/780>. Acesso em 16 nov. 2020.

WEILLER, J. A. B. **O desmonte do SUS em tempos de Bolsonaro.** *Direitos humanos no Brasil 2019*, São Paulo, ed. 1, 2019.

**APÊNDICE**



**APÊNDICE: Quadro 1 – Relatos de experiências publicados nos anos de 2018 e 2019 sobre a Materialização da PNH extraídos do site Rede HumanizaSUS.**

Nº	RELATO	LOCAL DATA	AUTOR	SUB CATEGORIA
1.	<p><b>V Oficina AcolheSUS RN – Uma Inspiração</b></p> <p>Olá, pessoal!</p> <p>Me chamo Jéssica Silva, sou estudante do 6º período do curso de Serviço Social (UFRN) e estou na atividade acadêmica de estágio supervisionado no Hospital Dr. José Pedro Bezerra, sob supervisão de campo de Virgínia Peixoto (Grupo Executivo Local do AcolheSUS). Graças a proximidade de minha supervisora com o projeto, pude conhecê-lo melhor, participar das reuniões do grupo e gostaria de relatar minha experiência aqui com vocês.</p> <p>A V Oficina AcolheSUS aconteceu em 18 de outubro de 2018 e contou com a participação de profissionais de diversos setores do hospital. Para quem ainda não sabe, planejar, avaliar, monitorar, e gerir projetos, políticas sociais constitui competência profissional do/a assistente social, segundo a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662/93). Durante o percurso da graduação, ainda não havia tido a oportunidade de vivenciar esse quesito da prática profissional, porém, com a experiência da minha supervisora no AcolheSUS posso enxergar isso nitidamente pela primeira vez, é com certeza uma experiência nova.</p> <p>Participar da oficina deixou claro em minha cabeça o quanto que o Projeto é construído e pensado coletivamente, na medida em que todos os seus participantes têm a liberdade de compartilhar suas ideias, visto que o planejamento é participativo, com caráter político, além de técnico. Ter um projeto tão refletido significa que o resultado das ações dele serão mais eficientes para toda a população usuária dos serviços de saúde do hospital.</p> <p>O contexto político e econômico que vivemos na situação atual do nosso país não é nada favorável para os/as usuários/as do Sistema Único de Saúde e para as condições objetivas de</p>	<p>Rio grande do Norte</p> <p>27/11/2018</p>	<p>Jéssica Silva</p>	<p><b>FORMAÇÃO E INTERVENÇÃO</b></p>

	<p>trabalho dos profissionais. O Estado cada vez mais atende aos interesses neoliberais e, com isso, a classe trabalhadora sofre progressivamente com as contrarreformas e regresso das Políticas Públicas. Então, ter a oportunidade de ver um grupo de profissionais lutando por um SUS que dá certo, mesmo em uma conjuntura adversa, me enche de felicidade e orgulho.</p> <p>Estudar sobre a Política de Humanização e a história do SUS me fez criar um afeto enorme pela área da saúde pública. O acolhimento humanizado é suma importância para a produção e recuperação da saúde dos sujeitos. O AcolheSUS, no Hospital Santa Catarina (HJPB), já tem frutos como o Guia de Comunicação do HJPB e o Núcleo de Segurança dos Paciente. O Projeto está no caminho de melhorar os processos organizacionais na porta de entrada da urgência e setores sequenciais do cuidado, a fim de melhorar o acolhimento já do primeiro atendimento dos/as usuários/as.</p> <p>Que todos continuem remando contra a correnteza, enquanto ela está em sentido oposto. Avante na luta!</p> <p>Com carinho, Jéssica Silva.</p>			
2.	<p><b>Sou Som: a música que toca em mim – arte e saúde mental no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo.</b></p> <p>Em 1990 o Centro Cultural São Paulo e o Hospital do Servidor Público Municipal construíram uma parceria fincada na relação dos equipamentos de cultura e sua função social no território do entorno onde se inserem. Esta parceria gerou um trabalho colaborativo tão fecundo a ponto de se manter até hoje, com todos os percalços advindos dos desmontes produzidos por toda espécie de lógicas medicalizantes do trabalho em saúde.</p> <p>Buscarei relatar aqui a produção mais recente deste encontro simbiótico entre as duas instituições, sem deixar de fazer menção às importantes experimentações anteriores.</p> <p>O folder convida a todos para apreciar o produto do trabalho feito por usuários de saúde mental do hospital no espaço do centro cultural. Trata-se da exposição da Oficina de Escrita e Imagem da Secção Técnica de Psicologia do Adulto do HSPM, coordenada pela psicóloga Thaís Rodrigues Silva. A mostra reúne mandalas e objetos feitos com CDs reciclados, desenhos, fotos,</p>	São Paulo  16/12/2018	Maria Luiza Carrilho Sardenberg	<b>CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA</b>

<p>escritos e poemas inspirados na Oficina de Música “Sou Som: a música que toca em mim”. De 6 a 21 de dezembro de 2018, no saguão do terceiro andar do HSPM, na rua Castro Alves, 60.</p> <p>As artes e notadamente a música produzem uma comunidade de sentimentos, desejos, enfim, um território subjetivo comum, experiência que vem sendo solapada pelo imperativo capitalista do viver solitário e isolado na luta pela vida. Este modo “empreendedor de si” tem atravessado toda a experiência existencial e é particularmente devastador no caso das pessoas portadoras de sofrimento psíquico mais radical. Portanto, toda experimentação de uma outra sociabilidade, de cunho solidário e cooperativo é terapêutica num sentido ampliado.</p> <p>O projeto propôs aos usuários dos serviços de saúde mental do HSPM e a outros sujeitos interessados a experiência musical por intermédio da visitação e pesquisa na Discoteca Oneyda Alvarenga do Centro Cultural São Paulo. E também a experimentação de técnicas de impressão ( serigrafia e xilogravura ) na Folhetaria do CCSP, finalizando com a gravação de um CD com o material selecionado no estúdio de gravação da Rádio do CCSP. Foram 12 encontros semanais ( setembro a dezembro de 2018 ) com roda de escuta, compartilhamento de repertórios musicais afetivos e práticas artísticas em atelier público. Poemas, narrativas, desenhos, impressões gráficas e fotos estão na mostra.</p> <p>A equipe técnica foi composta por:</p> <p>Thaís Rodrigues Silva – psicanalista, psicóloga e coordenadora da Oficina de Escrita e Imagem e da Oficina de Cinema do HSPM</p> <p>Djayson de Castro – Ação Cultural do CCSP – Centro Cultural São Paulo</p> <p>Marta Fonterrada – Ação Cultural do CCSP</p> <p>Rodrigo Taguchi – Ação Cultural do CCSP</p> <p>Edson Marçal – Discoteca do CCSP</p>			
---	--	--	--

3.	<p><b>1º Oficina Local Rio de Janeiro – Hospital Estadual Adão Pereira Nunes</b></p> <p>Nos dias 28 e 29 de novembro de 2017 ocorreu a 1º Oficina local do Projeto AcolheSUS no Rio de Janeiro, que contou com a participação do Assessor de Humanização Estadual Rafael Fornerolli, responsável pela articulação do Grupo Executivo Estadual do Projeto AcolheSUS no âmbito da Secretária Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e contou com a presença do Diretor Geral e Técnico do Hospital, que participaram de forma ativa nos dias de oficina, respectivamente Manoel de Almeida Moreira Filho e Jupiracy Damasceno, responsáveis pela articulação do Grupo Executivo Local.</p> <p>Esses dois dias de oficina contaram com a presença de trabalhadores e gestores de diversos setores do Hospital, bem como a participação popular com representantes de uma associação comunitária da região, foram realizadas apresentação do Projeto AcolheSUS pela referência técnica da CGPNH, Élide Rodrigues para expandir o entendimento sobre a trajetória prevista do projeto; uma visita guiada pelo Hospital para aproximação e conhecimento dos seus principais desafios na atenção à saúde de sua população adscrita e uma roda de conversa com a metodologia ativa café mundial, para problematização do diagnóstico situacional da unidade de saúde e levantamento dos problemas a serem enfrentados, todas as atividades tiveram o objetivo de construir um Plano de Trabalho para intervenção na Rede de Saúde a partir dessa Unidade Hospitalar. Haverá um movimento conjunto de monitoramento e avaliação das ações previstas nesse Plano de Trabalho.</p> <p>O Hospital conta apoiadores de Humanização e representante do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), que estão bem próximos e ativos na implementação do AcolheSUS!</p> <p>A CGPNH parabeniza à todos(as) envolvidos(as) no AcolheSUS do Rio de Janeiro!</p>	Rio de Janeiro 11/01/2018	Coletivo Nacional da PNH	<b>FORMAÇÃO E INTERVENÇÃO</b>
4.	<p><b>Primeira Oficina AcolheSUS no Hospital Regional João Penido (HRJP), em Juiz de Fora – MG</b></p> <p>Nos dias 27 e 28/04 foi realizada a primeira oficina do Projeto AcolheSUS no HRJP, em Juiz de Fora – MG. As equipes do hospital foram mobilizadas, a fim de entenderem um pouco mais sobre o projeto e também para iniciar o trabalho de Análise Situacional do campo de</p>	Minas Gerais  20/04/2018	Coletivo Nacional da PNH	<b>FORMAÇÃO E INTERVENÇÃO</b>

	<p>atuação. O GEL foi conformedo com a presença de vários atores, além dos trabalhadores do próprio hospital, foram inseridos ainda representantes da Regional de Saúde, que apoiarão na interface do Projeto com a RAS, no que tange as pactuações com os municípios da regional de saúde e representantes da secretaria municipal de saúde de Juiz de Fora.</p> <p>Sucesso para essa equipe!</p>			
5.	<p><b>Atividade de integração entre a Enfermagem e Serviço Social na UPA de Camaçari-BA – Atenção Plena: uma ferramenta para que, através de mim eu possa ver o outro.</b></p> <p>Fui convidada para realizar uma manhã de integração entre os profissionais da UPA de Camaçari-BA, com uma ênfase especial sobre a Enfermagem e Serviço Social. Quando vou realizar uma ação, penso... Como é que estão os profissionais desta unidade? E como nem sempre há um tempo hábil para fazer esta análise de forma mais focal, dou uma atenção especial em fazer que, dentro da atividade eles possam aceitar o desafio de dar “atenção si mesmos”, já que em muitos casos o cuidador tem se tornado mestre em negligenciar sua própria vida, ou a se [dês]sensibilizar a cerca do mundo a sua volta, acionando o modo mecânico padrão.</p> <p>Em muitos casos, é uma tentativa de se proteger da frustração pelo não reconhecimento de seus esforços, ou outras tantas interpretações pessoais, que levam o ser humano a se mecanizar ante a vida.</p> <p>Sendo assim a “atenção plena a si mesmo” desempenha um importante papel como integrador, tanto no âmbito do sujeito para com ele mesmo, assim como dele para com a equipe e os usuários, desenvolvendo empatia, cooperação e um olhar mais benigno sobre todo processo, que irá mesclar entre o seu desempenho profissional e pessoal. Pois mesmo com a preconização em desassociá-lo (trabalho) da vida pessoal, isso é aplicável a conceitos teóricos, lindo na teoria, e nada usual na prática, pois aí a coisa se dá de forma bem diferente.</p> <p>Pensando principalmente que, toda nossa vida laboral está focada muito mais no quanto e no que produzimos, do que no como e na qualidade do que produzimos, e pensa-se muito menos em como está à saúde mental, emocional, e energética deste trabalhador, uma vez que, o que conta mesmo é a capacidade física de atuação, mesmo que esta não esteja em toda sua plenitude, dado ao contingente subjetivo enfrentado no dia a dia.</p>	<p>Bahia</p> <p>21/02/2018</p>	<p>Lucineide da Conceição Leal</p>	<p><b>VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR</b></p>

	<p>A ação em si:</p> <p>Trabalhar processos tão intensos de forma leve, esta é a meta a alcançar, que não é focada no numero, mas na qualidade da vivencia de cada um, respeitando de forma afetiva este tempo.</p> <p>A sensibilização que convida os participantes a aderirem a proposta, e se permitirem participar e ver tudo a sua volta com um olhar mais positivo, vai acontecendo gradativamente, entre as dinâmicas, canto, danças, cheiros, contação de histórias, partilhas e sons, e pouco a pouco uma luz muito forte vai se ampliando, a medida que cada um se sente acolhido suficiente para compartilhar a sua luz com o outro, sem julgamento e com compaixão.</p> <p>O resultado:</p> <p>Os olhares que antes eram: hostis, desconfiados, competitivos, introspectivos, e contidos, agora se permitem ver com bons olhos seus próprios processos, para à partir deste ponto positivo e acolhedor sobre sua própria vida, ver com empatia todas as vidas que convive lado a lado, sejam os colegas de trabalho, ou os usuários, e tudo ganha novas cores, sons e sentidos e desta forma todos nós ganhamos e assim temos a possibilidade de viver em um mundo melhor onde enxergamos a nossa grandeza e a grandeza de cada um, onde a empatia se torna uma digna realidade.</p> <p>Facilitar este processo foi especial! Profissionais fundamentais na sustentação da saúde, convidados a se re-conectarem e sustentarem a si mesmos, historias de vida, canto, som, emoção e amor dentro deste processo. Toda gratidão aos envolvidos pelo convite!</p>			
6.	<p><b>GRUPO DE PROMOÇÃO À SAÚDE ESTIMULANDO A TRANSVERSALIDADE COMO PRINCÍPIO DO HUMANIZA SUS</b></p> <p>A transversalidade, segundo o Ministério da Saúde, é o reconhecimento de que as diferentes especialidades e práticas de saúde devem dialogar com a experiência daquele que é assistido, ou seja, deve haver uma reciprocidade de conhecimento entre o usuário do SUS e os profissionais de saúde, para juntos poderem montar um plano de ação adequado para garantir uma educação em saúde que atinja as expectativas de ambas as partes.</p> <p>O GPS (Grupo de Promoção à Saúde) é um estágio no qual o estudante de medicina</p>	São Paulo 11/02/2018	Marcella Cardoso Gonçalves	<b>CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA</b>

	<p>realiza o estudo da alta hospitalar da pessoa a ser visitada e traça um plano de cuidados em saúde individual que é denominado “alta qualificada”. A visita domiciliar é um instrumento que nos permitiu a interação entre usuário SUS e a equipe de saúde, afim de fortalecer vínculos e ajudar nos cuidados com o bem estar do paciente com base no Princípio da Integralidade, previsto na Lei 8080/90.</p> <p>O papel do estudante é, a partir do consentimento do usuário do SUS, mergulhar na realidade em que a pessoa está inserida e, por meio de um estudo das características biopsicossociais e escuta qualificada, tentar modificar o que é possível com ênfase na prevenção e promoção à saúde. Com o estudo das altas hospitalares, supervisionado pelo facilitador, os estudantes construíam um plano de ação embasado não só nas doenças, mas também nas fragilidades de ordem biopsicossocial, encontradas no domicílio.</p> <p>Na visita domiciliar havia a presença de tecnologias interativas e a Web visita, com a participação do facilitador via internet que interagiu com o paciente e familiares, ajudando na construção da educação em saúde. A vivência no GPS nos permitiu, com ajuda de um facilitador e de dispositivos tecnológicos, aplicar o princípio da transversalidade da PNH e promover uma saúde de forma mais corresponsável. Portanto, a troca de experiências inter e intragrupos é uma ferramenta importante no processo de humanização e garante uma educação em saúde, que pode ser considerada eficaz.</p>			
7.	<p><b>O Estado do Piauí juntamente com os profissionais do Hospital Dirceu Arcoverde - HEDA de Parnaíba realiza Oficina de Acolhimento e Classificação de Risco foi realizada nos dias 01, 02 e 03 de agosto de 2018 com a presença de vários profissionais.</b></p> <p>O Estado do Piauí juntamente com os profissionais do Hospital Dirceu Arcoverde -HEDA de Parnaíba, com os técnicos da SESAPI que fazem parte do GEE-Grupo Executivo Estadual da PNH no Estado; Edvone Benevides Sabino e Lourival Oliveira Filho participaram de mais uma oficina do Projeto como Experiência Piloto na Rede Hospitalar do Estado do Piauí. A oficina de Acolhimento e Classificação de Risco foi realizada nos dias 01, 02 e 03 de agosto de 2018 com a presença de vários profissionais, entre médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares com o objetivo de Qualificação das Práticas de Cuidado.</p>	Piauí 06/08/2018	Edvone Benevides	<b>FORMAÇÃO E INTERVENÇÃO</b>

	<p>Segundo a Política Nacional de Humanização, o Acolhimento e Classificação de Risco implica um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo articulação com outros serviços de saúde para continuidade da assistência quando necessário. O acolhimento na porta de entrada dos hospitais e maternidades assume peculiaridades próprias é uma diretriz transversal que acontece em todos os espaços e é uma postura ética de todos os profissionais de saúde. É uma diretriz que garante o acesso ao usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus pontos de atenção.</p> <p>O objetivo das Oficinas dentro do projeto “AcolheSUS” é de fortalecer o conhecimento e empoderar os profissionais dessa classificação de risco; validar e pactuar os compromissos assumidos no plano de trabalho para implementação do Projeto e instrumentalizar os representantes do Grupo Executivo Estadual e do Grupo Executivo Local, para a qualificação das práticas de gestão e cuidado em Rede de Atenção à Saúde (RAS), por meio da implantação/implementação da Diretriz Acolhimento da Política Nacional de Humanização, para que possamos de fato como experiências exitosas implantar nos hospitais da Rede Hospitalar do Estado do Piauí , relata Edvone Benevides Sabino, Gerente de Descentralização Hospitalar/DUDOH-SESAPI.</p>			
8.	<p><b>5º Oficina ACOLHESUS NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DR.DANIEL HOULY/ARAPIRACA –ALAGOAS</b></p> <p>Aconteceu nos dias 13e 14 de novembro foi realizada a 5ª oficina do ACOLHESUS no HEDH em Arapiraca com o objetivo de acompanhar a modelização do plano de trabalho e monitoramento e avaliação das atividades propostas no referido hospital. Inicialmente, houve uma breve apresentação dos participantes, visto que sempre há membros novos nesses espaços. Realizamos uma segunda visita guiada acompanhada de uma equipe multidisciplinar que atuam na instituição de saúde, membros do GEE e representantes do Ministério da Saúde do Estado de Alagoas e os pontos críticos identificados foram confirmados durante esse momento.Na ocasião foram apresentado aos presentes as devolutivas das reuniões e videoconferências que ocorrerão nos meses de setembro e outubro.</p> <p>No segundo momento a reorganização do espaço de Classificação de Risco a medida que apresentamos alguns avanços nesta etapa, por exemplo: a criação de indicadores de tempo de</p>	Alagoas 14/11/2018	Maria Elisangela Lira	<b>FORMAÇÃO E INTERVENÇÃO</b>



	<p>atendimento aos usuários, construímos um fluxograma de orientação para o usuário compreender quais os possíveis passos ele deverá ou não seguir dentro do hospital, a demarcação de linha de orientação de fluxo será reavivada.</p> <p>Discutimos a Gestão da Clínica no olhar da clínica ampliada, destacando as ferramentas do Plano Terapêutico Singular (PTS), equipe de referência necessidade sinalizada no projeto. O momento foi de adequação das propostas com as ferramentas já existente valorizando o contexto do hospital.</p> <p>Pensando na fragilidade no processo de acolhimento na porta de entrada do usuário o grupo mantém as atividades de dispersão com os coordenadores setoriais.</p> <p>Encerramos a oficina com a fala do consultor do Ministério da Saúde, Diego sobre as impressões dos dois dias de oficina seguida da fala da coordenadora do grupo GEL.</p> <p>Os próximos passos serão de alinhamento das ferramentas propostas pela Política Nacional de Humanização do SUS para a implantação e implementação das atividades do plano de trabalho.</p>			
9.	<p><b>Saúde do Idoso-ESF Paulo Canziane realiza o IV Projeto Envelhecendo com Saúde</b></p> <p>A Esf Paulo Canziane já está no IV de projeto Envelhecendo com Saúde, onde se trabalha a Prevenção e Promoção de Saúde da pessoa idosa. O projeto visa o aumento da prática de atividade física, autoestima, socialização, alimentação saudável e autocuidado. A equipe conta com o apoio do Nasf e outros profissionais estabelecidos em seu território. A ESF percebeu ao longo desses 4 anos de projeto o aumento da procura de participantes, aumento da prática de atividades físicas dos idosos de seu território, também diminuição de quedas, controle de pressão arterial e diabetes. Os idosos visitam academias, clubes, também ocorre contatos com esportes muitas vezes desconhecidos por eles. Este ano já vivenciarão a sensação de como seria estar no cinema pela primeira vez, foi apresentado a eles o documentário Envelhescência, com direito a pipoca e guaraná.</p>	São Paulo 05/09/2018	Giseli Fernanda Santos Olgado	<b>CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA</b>
10.	<p><b>Roda de Conversa sobre implantação de Núcleo de Humanização no município de</b></p>	Alagoas 18/09/2018	Aryana Menezes	<b>FORMAÇÃO E INTERVENÇÃO</b>

	<p><b>Limoeiro de Anadia-AL</b></p> <p>Dia 11 de Setembro de 2018, terça-feira, Limoeiro de Anadia-AL realiza roda de conversa com a gestora de saúde Alinne Mabel, coordenações e direções da Secretaria Municipal de Saúde para tratar sobre a Política Nacional de Humanização-PNH, especificamente, sobre a implantação de um núcleo de humanização no município.</p> <p>Inicialmente foi passado o vídeo “O dia em que o Sus visitou o cidadão” para que pudéssemos iniciar a apresentação da Política Nacional de Humanização, a discussão girou em torno da perspectiva de um “Sus que dá certo”, de um “Sus humanizado”, de “fazer junto”. E é, nesse cenário, que surge a PNH em 2003, objetivando colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde-SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, baseados num processo de corresponsabilização entre os envolvidos: Gestão, Trabalhadores e Usuários.</p> <p>Sáímos desse encontro com a certeza da importância/necessidade de implantação desse núcleo de humanização no município, foram propostas e discutidas algumas ações que merecem atenção nesse momento, a exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação dos Trabalhadores em atividades de Educação Permanente em Saúde (capacitar todos os profissionais da saúde);</li> <li>• Acolhimento e Classificação de Risco (a ser implantado na Unidade Mista de Saúde);</li> <li>• Ouvidoria do Sus (a ser implantada na sede da Secretaria de Saúde).</li> </ul>			
11.	<p><b>I Semana de discussão dos direitos dos usuários da saúde</b></p> <p>No período de 22 a 24 aconteceu no HILP a I Semana de Discussão dos Direitos dos Usuários.</p> <p>O evento, que envolveu usuários e trabalhadores, surgiu de uma proposta do GTH do hospital, com o objetivo de ampliar o debate sobre a carta dos direitos dos usuários da saúde, na perspectiva de fortalecer a participação/controle social dos usuários e melhorar a qualidade do atendimento no hospital.</p> <p>A iniciativa teve como fundamento a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, um</p>	Piauí 29/10/2018	Emilia Alves de Sousa	<b>DEFESA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS</b>

	<p>documento criado pela Política Nacional de Humanização, publicado pelo Ministério da Saúde em 2006, com o objetivo de orientar os direitos na hora de procurar atendimento de saúde.</p> <p>No dia 22, num primeiro momento, foram afixados cartazes com as diretrizes da carta dos direitos dos usuários, na extensão do corredor de espera do ambulatório, oportunidade em que os usuários, que aguardavam atendimento, foram convidados para olhar/ler o conteúdo dos cartazes. Num segundo momento, integrantes do GTH e do Projeto EsperAÇÃO visitaram os consultórios e os postos de enfermagem, onde aplicaram a dinâmica Flaxmob, com a apresentação e leitura de cartazes que continham as diretrizes/princípios da carta dos direitos dos usuários. O objetivo da dinâmica era divulgar a carta com as suas diretrizes para os cuidadores, numa perspectiva de melhorar a qualidade do atendimento ao usuário. A atividade foi encerrada com a distribuição de um folder sobre a carta para os profissionais e usuários.</p> <p>No dia 23, a programação foi dirigida para os usuários do ambulatório a partir da realização de uma oficina com os usuários que aguardavam atendimento. No primeiro momento, os usuários se organizaram em roda, oportunidade em que foi trabalhada a dinâmica da “Caixa musical”. Foi disponibilizada uma caixa com várias tarefas que circulou de mão em mão, ao som de uma música, e à medida que a música parava, aquele que estava com a caixa tirava uma tarefa e desempenhava a atividade. Num segundo momento, foi feita uma apresentação da carta dos direitos dos usuários da saúde, seguida de uma leitura compartilhada de um folder sobre o documento, e de debate sobre cada diretriz da carta. Em um terceiro momento, os participantes foram convidados para construir cartazes com os princípios da carta que mais se identificaram e que gostariam de vê-los fortalecidos no hospital. A atividade foi finalizada com uma exposição dos cartazes produzidos e de sorteio de brindes.</p> <p>No dia 24, aconteceu uma roda de conversa sobre a carta, envolvendo as atendentes, psicólogas, enfermeiras e assistentes sociais do ambulatório, finalizando a atividade com uma dança circular, tendo como facilitadora a enfermeira Amparo Oliveira.</p> <p>As atividades foram encerradas com um sorteio de brindes e com um lanche.</p> <p>Os participantes consideraram o evento uma importante iniciativa, para conhecimento da carta e empoderamento dos usuários para fortalecimento e garantia dos seus direitos na saúde.</p>			
12.	<b>Acadêmicos da Alegria e o Princípio da Transversalidade das Ações de Humanização</b>	São Paulo	Maria Julia Castilho	<b>CLÍNICA AMPLIADA</b> E

	<p>Os estudantes de Medicina da UNOESTE em parceria com outros cursos da universidade participam de atividades práticas, realizadas no Hospital Regional de Presidente Prudente, com foco no princípio da Transversalidade das Ações de Humanização. Os Acadêmicos da Alegria atuam semanalmente, às segundas e quintas feiras, se dividindo em quatro grupos alternando quinzenalmente para se fantasiar, maquiagem e tentar levar momentos de descontração e diversão para os usuários do SUS internados naquele nosocômio. As atividades realizadas para promover o bem estar ao próximo variam entre cantar músicas, contar piadas, teatros e expressões corporais, sempre produzidas com muito carinho e dedicação com o objetivo de gerar sorrisos. O programa é classificado como projeto de extensão e é aberto a todos os termos dos cursos presentes na universidade promovendo para os que participam desde o início zelo, afeto e simpatia entre os estudantes e aqueles que serão acolhidos. Após as atividades coordenadas por facilitadores da UNOESTE, os acadêmicos fazem reuniões para avaliar as ações de Promoção à Saúde desenvolvidas naquele período, com foco na Política Nacional de Humanização. Os usuários do SUS, a Coordenação do HRPP e os próprios alunos consideram como positivas as ações que visam à construção de ambientes saudáveis no território de saúde local.</p>	05/09/2018		<b>COMPARTILHADA</b>
13.	<p><b>Projeto Nutrição Leve e Alegre ( Ação realizada com a equipe do Distrito Sanitário de Pau da Lima – Salvador-BA)</b></p> <p>Sobre a proposta da ação...</p> <p>Atualmente os temas nutrição e alimentação estão em pauta nas rodas de bate papo e em todas as redes sociais, com o acesso livre a estas informações através de diversos veículos, as falas sobre o assunto estão cada vez mais frequentes, a ciência por sua vez também está em uma constante busca por explicar várias questões ao consumo de diversos alimentos, e o impacto na saúde e o controle do peso.</p> <p>Mesmo com tantas informações e modelos que prometem resolver a vida das pessoas que estão fora do padrão massificado de eutrofia, nunca foi tão alto os números de pessoas que perdem a saúde tentando encontrar-la, bem como a persistência da visão restrita e dicotômica do “saudável” e “não saudável”, dos alimentos “bons” e “ruins”, onde o prazer de comer é</p>	Bahia 02/02/2018	Lucineide da Conceição Leal	<b>CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA</b>

<p>associado a culpa, e restrição.</p> <p>Pensando nestas questões, buscamos como base estruturante para proposta deste trabalho, as abordagens da Nutrição Comportamental, Educação Nutricional, os modos de orgânicos e intuitivos de comer, padronização de imagem e auto imagem corporal, Com intuito de sensibilizar o individuo a ampliar sua visão para além de uma nutrição restritiva, culpabilizadora, elitizada, baseada em modismos e padrões, que tem a saúde como justificativa para adoção de condutas radicais e excludentes, que tem como foco principal a imagem.</p> <p>Estudos e pesquisas têm evidenciado que este contexto não promove a mudança de comportamento e não torna as pessoas mais saudáveis – pelo contrário, os índices de doenças crônicas não transmissíveis, transtornos alimentares e obesidade não param de crescer.</p> <p>O objetivo...</p> <p>Incentivar os profissionais de saúde, e a população em geral, a discutir, entender e pensar na nutrição como potencia benigna e promotora de saúde integral,</p> <p>Foi realizada intervenções na sala de reuniões para que a proposta fosse gentilmente acolhida, utilizamos imagens para impulsionar as reflexões sobre: o comer e suas múltiplas questões, imagem pessoal, você tem fome de quê, modismos alimentares, corpo, desejos e necessidades, e deixamos os participantes livres para colocarem suas demandas pessoais, quelando todo brainstorming proporcionado pela roda de dialogo com um exercício meditativo, depois de finalizar a experiencia foi aplicado um questionário individual para saber o impacto da vivencia, e foi muito enriquecedor para todos os envolvidos...</p> <p>Conclusão...</p> <p>Percebemos o quanto é importante trabalhar a base de profissionais, com um olhar sensível aos seus processos, acolhendo de forma amorosa as suas inquietações, para levantar questões coletivas que precisam de uma capacidade que vai muito além dos protocolos e programas, dar voz e provocar discussões que ampliam a forma de pensar sobre assuntos tão comuns, faz com que o seu olhar para si, e para o outro seja mais refinado, livre de pré julgamentos e das banalizações do sentir, bem como muito mais afetivo e efetivo, sob o ponto de vista em ser um agente fundamental nos processos de promoção a saúde.</p> <p>Apenas se sentindo cuidado, e tendo suas próprias perguntas respondidas de forma digna e efetiva, o cuidador será um excelente multiplicador da proposta de saúde integral.</p>			
--	--	--	--

14.	<p><b>VIÇOSA/AL. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR FORTALECENDO VÍNCULOS ENTRE ASSISTENTES SOCIAIS.</b></p> <p>Utilizando dispositivos da Política Nacional de Humanização, apoiadores da PNH no município articulam encontro com Assistentes Sociais da Saúde e Assistência Social com objetivo de “Socializar informações sobre o Serviço de Atenção Domiciliar -SAD/ Programa Melhor em Casa e possibilitar aos profissionais presentes o alinhamento da atenção prestada aos usuários desses serviços de forma articulada e complementar. A oficina proporcionou momentos de relaxamento, integração, estudo de caso e reflexão sobre o fazer profissional, tendo como objeto o usuário enquanto cidadão de direitos e a reflexão sobre o referenciamento, conhecimento da rede de atenção e importância de fluxos e comunicação.</p> <p>Um rico momento de escuta/ação capaz de inspirar a necessidade de um repensar na promoção de mudanças nos processos de trabalho e nas relações neles estabelecidas, fortalecendo as práticas em saúde no SUS através das pessoas. Importante registrar que Fortalecimento foi a palavra de ordem e que a PNH e EPS podem se constituir em fortes estratégias nessa jornada agora iniciada.</p>	Alagoas 28/02/2018	Tania Vilela	<b>FORMAÇÃO E INTERVENÇÃO</b>
15.	<p><b>Implantação do GTH do NASF/AB em Palmeira dos Índios – AL</b></p> <p>O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um dispositivo criado pela Política Nacional de Humanização (PNH) para o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde. O GTH institui-se em qualquer instância do SUS e é integrado por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho e as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários. (BRASIL, 2006).</p> <p>Na Secretaria Municipal de Saúde de Palmeira dos Índios – Al, foi posto como meta em seu planejamento a implantação do GTH. Para isso, foi iniciada, em 2017, uma articulação com o Setor de Humanização da Saúde (SHS) do Estado.</p> <p>Paralelo a isso, o coordenador do NASF-AB no município, que é psicólogo e aluno do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (FAMED-UFAL), ao cursar a disciplina</p>	Alagoas 09/10/2018	Everson Dos Santos Melo	<b>GESTÃO PARTICIPATIVA E COGESTÃO.</b>

	<p>Humanização da Saúde, no início de 2018, teve a possibilidade de estudar a PNH e colocar em prática no serviço o método da roda como estratégia de discussão do trabalho no SUS.</p> <p>Com essa proposta de realização das rodas de conversa, houve uma boa adesão dos trabalhadores do NASF-AB na discussão sobre o trabalho no SUS e a PNH. Esse espaço criado no serviço despertou o interesse dos trabalhadores sobre o GTH. Tendo sido discutida com os trabalhadores e também com a gestão municipal a proposta de criação do dispositivo, foram se concretizando as condições para a formação do GTH.</p> <p>Com o apoio da gestão e do SHS, os trabalhadores foram convidados pelo coordenador do NASF-AB a participar da reunião/roda para discussão e composição do GTH, no dia 18 de setembro do corrente ano. Estiveram presentes 14 trabalhadores (4 psicólogos, 4 fisioterapeutas, 3 assistentes sociais, 3 nutricionistas), onde foi conversado sobre o dispositivo e a sua finalidade, seguindo com a montagem do regimento interno, eleição de coordenador, coordenador suplente, secretário e secretário suplente.</p> <p>Depois de finalizada a reunião/roda, foi redigida a ATA que foi assinada por todos os presentes. Ficando programadas as reuniões do GTH para toda terceira quarta-feira de cada mês. O GTH foi formalmente criado por meio de portaria interna da Secretaria Municipal de Saúde nº 005/2018, de 20 de setembro de 2018.</p> <p>Ficou acordado que nas reuniões seguintes serão discutidas questões como o convite de outros trabalhadores e usuários para participar do GT, problemas e dificuldades encontradas na realização do trabalho, possíveis soluções para estes, experiências que dão certo, dentre outros pontos que ajudarão na definição de metas e na operacionalização das ações do GT.</p>			
16.	<p><b>Alunas UNOESTE colocam em prática a Política de Atenção à Saúde do Trabalhador em uma ESF de SP</b></p> <p>O Programa de Aproximação Progressiva à Prática (PAPP) do Curso de Medicina da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE) de Presidente Prudente insere os estudantes desde o primeiro termo em sete Estratégias Saúde da Família, nos municípios de Presidente Prudente e Álvares Machado.</p>	São Paulo 06/02/2019	Nayara brandão	<b>CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA</b>

<p>Os acadêmicos participam como membros das Equipes Interdisciplinares das ESFs e capturam as Necessidades de Saúde dos moradores das áreas adscritas às Unidades de Saúde. Facilitadores do PAPP estimulam a criação de Planos de Ação com a finalidade de criar ambientes saudáveis para a comunidade local. Um dos Planos de Ação estimulados pelos Facilitadores abordou a Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, de acordo com a Norma Regulamentar Número 6. Os estudantes visitaram uma marcenaria existente no território da ESF e puderam entender a necessidade da utilização de alguns equipamentos de proteção individual (EPI) pelos trabalhadores. A partir da visita, os estudantes organizaram uma ação de Educação em Saúde para os trabalhadores que laboram em uma empresa localizada no território de Saúde.</p> <p>Alertaram os trabalhadores sobre a necessidade de utilizar EPIs, dando uma importância maior para o protetor facial/ máscaras com o propósito de evitar doenças respiratórias em uma marcenaria localizada no interior paulista.</p> <p>Acadêmicos realizaram uma visita domiciliar no território de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) na qual a esposa e 2 filhas residem em uma casa conjugada com uma microempresa de marcenaria. O trabalhador autônomo e independente é responsável por manter a sua família. Seu ambiente de trabalho se localiza na parte anterior da casa sendo considerado um ambiente seguro, bem iluminado e ventilado, porém ele não utiliza os aparatos necessários para sua proteção individual. Foi orientada a utilização de máscara, luvas, protetores auriculares e óculos de proteção com objetivo de evitar futuras doenças como alergias, pneumonia por hipersensibilidade e asma, dentre outras doenças respiratórias e/ou outros agravos. Foi argumentado que o uso de máscara simples não propicia proteção adequada para a atividade laboral executada pelo trabalhador, em relação às partículas liberadas pela madeira, sendo primordial a utilização de máscaras específicas, com 95% de filtragem. Nesta data também, os acadêmicos levaram uma máscara oferecida pela Unidade de Saúde, para demonstrar ao usuário do SUS, o modelo de preferência que deveria ser adquirido.</p> <p>Após a Ação de Educação em Saúde, os facilitadores organizaram uma reflexão utilizando o Arco de Maguerez. Os Facilitadores consideraram que o uso do EPI é fundamental para garantir a saúde e a proteção do trabalhador, evitando consequências negativas em casos de acidentes de trabalho. Estudantes consideraram que o EPI também é usado para garantir que o profissional não será exposto a doenças ocupacionais, que podem comprometer a capacidade de trabalho e de vida dos profissionais, durante e depois da fase ativa de trabalho.</p>			
--	--	--	--



17.	<p><b>Grupo Terapêutico ajuda no tratamento de pacientes com obesidade</b></p> <p>Todas as quintas-feiras, as pacientes que já realizaram cirurgia bariátrica ou que ainda estão aguardando o procedimento se reúnem para interagir, diminuir a ansiedade e melhorar a auto-estima. Esse momento faz parte das ações desenvolvidas pelo Grupo Terapêutico Bariátrico do Hospital Getúlio Vargas, em Teresina-Pi, coordenado pela psicóloga Zilma Bento e pela estagiária da Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Luanna Santos.</p> <p>A paciente Francinete Nery Oliveira, aposentada, diz está no Grupo desde que foi criado em agosto de 2018. Ela conta que esse trabalho ajuda a interação com outras pessoas que passam pelo mesmo problema. “A terapia ajuda a gente se aceitar como nós somos. A gente passa a dividir os nossos medos, se une nos momentos difíceis, é muito bom!, destaca Francinete.</p> <p>O mesmo relata Laurinda Ribeiro, que já realizou o procedimento e, hoje, com 36 quilos mais magra, já diz que é chamada de “misse” pelos vizinhos. “Quando cheguei aqui, precisava de ajuda psicológica. A terapia me ajudou a me equilibrar. Se não fosse às sessões individuais e em grupo, não tinha conseguido. As sessões me ajudaram a focar no que eu queria e a melhorar minha auto-estima. Hoje me sinto muito bem!”, diz Laurinda.</p> <p>Laurinda conta ainda que, no início, era agressiva, não conseguia interagir e, com o tempo, foi se soltando. “A terapia em grupo me ajudou a chorar, chegava desanimada e tinha vontade de desistir, mas o grupo me ajudou e me deu energia positiva para continuar”, relata à paciente.</p> <p>A psicóloga Zilma Bento, explica que as sessões tanto individuais quanto em grupo, têm como objetivo fortalecer o psicológico das pacientes. “Elas chegam no Serviço com muita ansiedade, agressivas, com resistência à terapia. O Grupo possibilita a troca de experiências e, com o tempo, vão ficando empoderadas e mudam o comportamento, começam a se valorizar como pessoa e isso ajuda no tratamento”, explica a psicóloga.</p> <p>A estagiária da UESPI, Luanna Santos, diz que é gratificante participar do Projeto e ver os resultados ao longo da terapia. “Aos poucos, a gente vai percebendo a evolução das pacientes. Elas chegam agressivas e com baixa auto-estima e depois, percebemos a mudança, no modo de vestir, começam a usar um batom, começam a se aceitar como são e o tratamento evolui”, explica</p>	Piauí 27/02/2019	Fatima Oliveira	<b>CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA</b>

	<p>Luanna.</p> <p>A equipe do Serviço de Cirurgia Bariátrica do HGV é composta de médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas.</p>			
18.	<p><b>Juntos e juntas somos mais fortes: Apoiadores e apoiadoras da Humanização de Maceió!!</b></p> <p>Quando o bichinho da Humanização nos pega, não nos livramos (nem queremos nos livrar) dele nunca mais!!</p> <p>É essa frase que uso para começar a falar da reunião dos Apoiadores e Apoiadoras da PNH que ocorreu na última terça-feira, da 19 de março de 2019, na Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. Foi a primeira reunião do ano com os Apoiadores do município que, apesar do haver já algum tempo que não se reuniam, se fizeram presentes com muita força.</p> <p>A reunião foi um re-encontro de pessoas, de afetos, de desafios (que são muitos), mas o que mais chamou a atenção é que o coletivo existe, persiste e se coloca como potência para mobilizar e construir estratégias de enfrentamento para o cotidiano do SUS.</p> <p>Sei que a conjuntura do trabalho no SUS não está fácil, por isso, e diante disso, é animador ver que colegas se posicionam ético e politicamente por uma saúde que acolha, que aproxime os sujeitos, que valorize o trabalho e o trabalhador da saúde. A Humanização pressupõe articulação do coletivo e inclusão dos atores e dos processos, assim, a primeira reunião do ano de 2019 dos Apoiadores e Apoiadoras da Humanização de Maceió nos diz que estamos juntos e juntas e vamos nos acolher!</p>	Alagoas 25/03/2019	Aline Santana	Formação e intervenção
19.	<p><b>Cantinho da Leitura ressignificando o espaço de espera do ambulatório do HILP</b></p> <p>Hoje (20), dia dedicado ao contador de histórias, os usuários do HILP ganham mais um espaço de acolhida no hospital, o “Cantinho da leitura.” A iniciativa faz parte do EsperAção, um projeto implementado em 2018, que busca ressignificar a sala de espera do ambulatório. A proposta da ação é tornar a sala de espera um local diferenciado: mais bonito, dinâmico, humano e acolhedor.</p>	Piauí 20/03/2019	Emilia Alves de Sousa	Acolhimento

	<p>“Aqui temos realizado atividades educativas, informativas, lúdicas e agora culturais. Culturais, porque acreditamos que o hábito de ler favorece o aumento do conhecimento, além de ter a capacidade de formar cidadãos mais conscientes e críticos. Assim o Cantinho da leitura pretende incentivar as crianças e adolescentes que passam pelo ambulatório do HILP a lerem mais, por meio da oferta de bons livros, teatros de fantoches e dramatização de algumas histórias infantis, enquanto aguardam o atendimento dos profissionais.” Destacou a coordenadora do projeto, Cristina Assunção.</p> <p>Além do espaço decorado, o “Cantinho de leitura” dispõe de um armário com um acervo de aproximadamente 200 livros infanto-juvenis, que foram doados pelos profissionais, através de uma campanha organizada pelo Serviço Social do hospital.</p> <p>O lançamento contou com a participação colaborativa da escritora e contadora de histórias infantis, Márcia Evelin, que encantou os participantes, principalmente as crianças, com as histórias infantis de sua autoria: “Segredo da chita voadora” e “O Boi do Piauí”, com acompanhamento musical da sua filha que é cantora e instrumentista.</p> <p>De acordo com os depoimentos dos usuários, a atividade é muito positiva, pois além de lúdica, incentiva a leitura, e melhora o humor das crianças no ato da espera.</p>			
20.	<p><b>HUPAA promove evento sobre Resiliência para Trabalhadores de Saúde</b></p> <p>A equipe de Reabilitação do HUPAA promove o evento “Resiliência: Como vencer a própria dor“, uma possibilidade para que trabalhadores do SUS discutam sobre suas experiências e sua construção pessoal, reverberando para seu trabalho no ambiente hospitalar de um hospital escola.</p>	ALAGOAS  03/05/2019	GRACIELLE AZEVEDO	<b>VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR</b>
21.	<p><b>CAPACITAÇÃO: Atendimento Humanizado na Produção de Saúde.</b></p> <p>Olá.</p> <p>Meu nome é Dheiny, sou Psicóloga na cidade de São Paulo e gostaria de compartilhar com vocês um pouco deste trabalho que desenvolvo em alguns municípios.</p> <p>A Capacitação é realizada durante quatro encontros, sendo proporcionado aos profissionais da saúde, um momento de entendimento da PNH, suas diretrizes, assim como são</p>	São Paulo  02/05/2019	Dheiny Carvalho da silva	Formação e intervenção

	<p>propostos temas para construção de conhecimento a partir de vivências e dinâmicas.</p> <p>Juntos os profissionais conseguem entender a sua necessidade enquanto profissional, suas angústias, conquistas e frustrações no ambiente de trabalho, assim como visualizam alternativas e possibilidades de novas formas de atuação, comunicação e resolução de conflitos; Compreendem a importância da gentileza, empatia, equipe e mais do que tudo, a importância do diálogo.</p> <p>A capacitação é organizada para entender a demanda do município, da gestão e dos trabalhadores, conseguindo ampliar a escuta e visualizar novos caminhos frente às dificuldades encontradas, proporcionando um melhor atendimento à população e melhor qualidade de vida no trabalho.</p> <p>O maior objetivo: TRANSFORMAR, impactar, sensibilizar e plantar a semente da humanização!</p> <p>Ah, o resultado é lindo!!!</p>			
22.	<p><b>Oficina Projeto AcolheSUS no Hospital São José, em Fortaleza/CE</b></p> <p>Nos dias 06 e 07 de maio de 2019, o Projeto AcolheSUS realizou sua 5ª oficina no Hospital São José em Fortaleza/CE. Nessa oficina, tivemos a participação do especialista em gestão da clínica, Dr. Ricardo Volpe, que apresentou as ferramentas da gestão da clínica para auxiliar na melhoria da assistência e do cuidado ofertados pelo HSJ.</p>	Ceara 09/05/2019	Thania Arruda	Formação e intervenção
23.	<p><b>Projeto AcolheSUS na Maternidade Frei Damião, na Paraíba</b></p> <p>A atividades no piloto do Projeto AcolheSUS começaram a todo vapor em fevereiro de 2019.</p> <p>A equipe CGPNH esteve em João Pessoa para pactuação com a nova gestão da maternidade sobre a priorização para a implementação das atividades do Plano de trabalho elaborado no ano de 2018. E ficou aprovado a priorização das seguintes ações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Instituição de Equipe de referência com escala horizontal 5 dias da semana (mínimo –</li> </ul>	PARAIBA 08/05/2019	Danyelle Monteiro Cavalcante	Gestão Participativa e cogestão.

	<p>manhã/tarde);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Formar equipe para implementação e capacitação no protocolo de ACCR Obstétrico;</li> <li>•Instituição de Visita Multiprofissional e Discussão de Casos diariamente nos setores da maternidade;</li> <li>•Implementação do Kan Ban e outras ferramentas de gestão da clínica necessárias para apoiar as visitas multiprofissionais em pelo menos uma unidade/ setor da MFD;</li> <li>•Elaboração e instituição de indicadores base para o monitoramento administrativo e da assistência;</li> <li>•Implementação do NIR na instituição;</li> <li>•Participação no GC Rede Cegonha, para discutir e redefinir necessidade de ajustes no fluxo e vinculação das gestantes para a Maternidade: Risco Habitual, Parto de Alto Risco e repactuar metas para a diminuição da Mortalidade Materna e Infantil;</li> <li>•Representação do NIR nas discussões de organização de fluxo e definição referência e contrarreferência junto Área da Saúde da Mulher e o Grupo Condutor da Rede Cegonha Estadual – para redefinir estratégias de articulação com a RAS;</li> <li>•Ambiência: Apoio a redefinição dos ambientes e do fluxo na Maternidade. Discussão do novo Projeto de reforma/ampliação de forma cogida com a equipe assistencial da maternidade.</li> </ul>			
24.	<p><b>Curso de Apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH)</b></p> <p>O Curso semipresencial de Apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema único de Saúde (SUS) turma I teve seu início no dia 24 de abril com a participação de 24 profissionais da saúde de diversos municípios do estado de Alagoas. O curso tem como objetivo instrumentalizar trabalhadores e gestores da saúde, com vista a promover uma modificação das formas tradicionais de organização dos serviços, dos processos e das relações de trabalho em saúde, introduzindo inovações nas práticas gerenciais e de saúde com base na Política Nacional de Humanização. Eu tenho a mais grata satisfação de fazer parte do curso como tutora dessa turma.</p>	ALAGOAS 08/05/2019	Vera Calado	Formação e intervenção

25.	<p><b>Ambiência como parte do processo terapêutico em um CAPS III</b></p> <p>Segundo a Política Nacional de Humanização, do Ministério de Saúde, ambiência na saúde compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana.</p> <p>Em consonância a isso, o relato a seguir descreve uma intervenção, através da ambiência, a uma usuária do CAPS III Liberdade, em Aracaju/SE, a qual estava em acolhimento noturno, desde dezembro/2017, por apresentar os sintomas de: mutismo, isolamento social, abulia, vinculados a um quadro psicótico. Inúmeras tentativas de inserção da referida pessoa em atividades ou atendimentos individuais centrados no discurso foram realizadas pela equipe técnica da instituição, entretanto sem conseguir produzir modificação do quadro acima descrito, o qual gerava preocupação, pois este tinha um caráter de isolamento, podendo incidir em uma possível tentativa de suicídio.</p> <p>No mês de fevereiro/2018, no final de uma festa de carnaval neste dispositivo de saúde, a referida usuária estava deitada em um dormitório do serviço, e após a escuta de uma canção específica colocada pelo autor deste trabalho, foi até o pátio onde estava acontecendo a comemoração carnavalesca e começou a interagir com os outros usuários e trabalhadores por meio da dança, de uma forma totalmente tranquila, alegre e espontânea, ou seja, modificou o quadro “silencioso” que se encontrava. Esse momento perdurou por uns 30 minutos, ininterruptos, e desencadeou nas semanas subsequentes a comunicação fluida da usuária, conseguindo assim expressar seus sentimentos e desejos, culminando na alta do acolhimento noturno.</p> <p>A partir daí, apreendemos junto a referida mulher que ela sempre gostou de dançar e se divertir, no entanto após uma série de problemas familiares e sociais que estava imersa, adveio inúmeras crises psiquiátricas. Logo após a alta do referido acolhimento a pessoa começou a frequentar o CAPS de forma intensiva, e o decorrer do tempo, com a fluidez e espontaneidade dos seus comportamentos, ficou comparecendo duas vezes na semana, participando de consultas psiquiátricas, oficinas e atividades afins ao seu desejo. Pode-se constatar que o preparo do ambiente, a música e a expressão artística são atividades vinculadas a política nacional de humanização, e dessa forma se mostram como uma tecnologia leve de atenção a população que</p>	SERGIPE  10/05/2019	Pedro pires	Clínica ampliada e compartilhada
-----	---	---------------------------	-------------	----------------------------------

	<p>possui algum sofrimento mental.</p> <p>Nesse íterim, verificamos que a ambiência, por meio da música e da organização do espaço físico de um CAPS, revelou-se como instrumento produtor de saúde neste serviço, sobretudo quando as intervenções tradicionais, ancoradas no discurso, não conseguiam gerar vínculo e cuidado.</p>			
26.	<p><b>PNH Saúde Bucal Messias/AL (Lidiane Rocha) – Roda de conversa: Como podemos melhorar nossa prática?</b></p> <p>Boa tarde!!!!</p> <p>Para aqueles que não me conhecem, meu nome é Lidiane Rocha, Cirurgiã-Dentista, Coordenadora de Saúde Bucal, Docente e Preceptora de estágios supervisionados. Trabalho na Saúde Bucal do município de Messias/AL e, compartilho com vcs a atividade proposta no Curso de Apoiadores da PNH do qual tenho a honra de participar.</p> <p>Portanto, seguindo a proposta da atividade V, após leitura da cartilha sobre a gestão participativa, especialmente da página 13 a 25, elaborei, junto aos usuários e profissionais, uma roda de conversa e, discutimos, com uma troca dialogada de informações, como poderíamos melhorar nossa prática. Então, conforme registros a seguir, minha participação ocorreu como componente da gestão – Coordenadora de Saúde Bucal (Lidiane Rocha) – num espaço fluido de conversação com as profissionais da equipe II de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família – UBS Bititinga (Cirurgiã-Dentista Emanuelle e Auxiliar de Saúde Bucal Paula) e dois usuários da área (A.C.E.S. – cartão SUS nº 706.4091.3681.4784 – D.N. 15/07/1982 e J.A.S. – cartão SUS nº 700.8069.2146.9589 – D.N. 01/05/1964) que estavam agendados para o atendimento do dia e se dispuseram a contribuir com nosso momento democrático de participação e colaboração entre gestão, profissionais e usuários.</p> <p>A partir da leitura da cartilha HumanizaSUS – gestão participativa e cogestão (MS, 2009), sugerida para a atividade citada, é possível afirmar que a PNH não representa instrumento de propostas abstratas, mas sim nos mostra um SUS que dá certo, a partir de possibilidades concretas de mudança, para aprimorar e multiplicar os vários dispositivos disponíveis nos</p>	ALAGOAS 05/06/2019	Lidiane Rocha	Gestão Participativa e cogestão

<p>serviços e, conseqüentemente, para a efetivação de uma saúde democrática, universal, resolutive, eficiente e equânime. Com isso, a partir da pergunta disparadora ‘Como podemos melhorar a nossa prática?’ foi possível mediar a roda de conversa de forma coerente e satisfatória, onde todos os participantes tiveram a oportunidade de expor suas colocações e a escuta foi exercida de maneira equilibrada, com respeito à fala do outro e apontamentos igualitários de cada um.</p> <p>Nas imagens a seguir, são visualizadas as falas de cada um dos usuários, onde se percebe que apesar do diálogo ter sido pontuado e mediado para melhorias na prática diária, o que inclui principalmente a conduta profissional da dentista e da auxiliar, os usuários não mencionaram qualquer pendência nos atendimentos das mesmas, apontando apenas procedimentos que não temos no elenco do município. Paradoxalmente, estes procedimentos, voltados para prótese e ortodontia, mesmo citados pelos usuários como necessários não foram destacados pelos mesmos como prioritários. Faço uma observação que as falas dos usuários foram reproduzidas de forma literal, podendo ser visto que há informalidade gramatical nos relatos.</p> <p>É possível perceber o quanto os usuários estavam à vontade, onde não foi feito qualquer tipo de coação as suas opiniões. Pelo contrário, foram incentivados a realmente relatar o que os incomodava na prática dos serviços de Saúde Bucal. Porém, com bastante serenidade e tranquilidade, eles foram enfáticos em destacar o bom serviço odontológico que recebiam, demonstrando satisfação em serem usuários do SUS.</p> <p>A seguir, vamos ver o que as profissionais nos falaram sobre como podemos melhorar nossa prática, onde é possível ver que ambas concordam que não há pendências, nem muito menos necessidade de grandes melhorias na prática, pois os serviços já estão organizados de forma bastante coerente com a dinâmica do SUS, respeitando as diretrizes e os princípios organizacionais, bem como a legislação vigente para a execução da política pública de Saúde Bucal. Porém, pontuaram alguns procedimentos que poderiam ser incluídos nas ações odontológicas, tais como a prótese, como boa referência para a integralidade da odontologia, colocando o quanto essa proposta ajudaria a população e, a inclusão de escovódromos nas escolas que ajudariam bastante as atividades coletivas de escovação supervisionada e orientação de higiene oral. No momento da roda de conversa, ambas se mostraram bastante confortáveis em serem confrontadas as opiniões dos usuários, exibindo tranquilidade em saber que suas falas relatariam o bom serviço oferecido pela equipe em sua UBS.</p> <p>Após esse momento de descontração, onde os relatos fluíram de forma agradável e sem</p>			
--	--	--	--



<p>engessamentos ou opiniões viciadas, comprovamos mais uma vez, de acordo com a cartilha de gestão participativa do MS (2009), que a “participação social não pode estar restrita às instâncias formalizadas, devendo ser valorizada e incentivada no dia-a-dia dos serviços do SUS”. E isso, conforme a nossa prática, é feito no local onde trabalho de forma muito natural e contínua, seguindo a dinâmica das ações e de suas demandas. Nessa roda de conversa, enquanto representante da gestão, levanto a bandeira de que temos sim que ouvir e perceber as angústias e reclamações dos usuários e dos profissionais na prática dos serviços de Saúde Bucal, pois é a partir desse feedback que tentamos participar das ações, promovendo resgate das atividades, ressignificando-as e, melhorando o SUS que fazemos. É bem verdade que sim, corremos o risco de cair na mesmice. Porém, as potencialidades profissionais de cada um, a partir de demandas da sociedade, ressaltam o potencial inovador da gestão e dos seus profissionais, repensando melhorias gerenciais, através de mudanças relevantes ao bem estar dos usuários e dos trabalhadores e, resgatando o SUS que queremos que aconteça, a partir da otimização e readequação dos processos de trabalho vigentes.</p> <p>Dessa maneira, uma gestão participativa e compartilhada deve estar sempre pronta a ouvir e agir, democratizando o cotidiano da saúde e, no caso do que aqui está sendo exposto, na Saúde Bucal, envolvendo estreitamento de relações, encontros saudáveis e construção de uma rede dinâmica de ações, de modo que profissionais e usuários coparticipem desse processo de mudança significativa para a organização dos trabalhos, definindo tarefas, corresponsabilizando os atores envolvidos no cuidado a Saúde Bucal e assumindo papéis que, somados, produzam uma saúde melhor.</p> <p>Por fim, ressalto a força que a roda de conversa tem em potencializar ações e serviços, representando espaço democrático de discussão dialogada e troca compartilhada de experiências, vivências, sucessos, angústias e necessidades, possibilitando ganhos aos serviços, onde a grande conquista dos participantes é o momento de conversação paritária. Ainda, enquanto parte da gestão da saúde, através da Coordenação de Saúde Bucal, agradeço imensamente a todos os participantes que fizeram parte dessa atividade, bem como a toda a equipe de Saúde Bucal do município, por me permitir realizar uma Odontologia de excelência aos usuários e aos profissionais, garantindo assim um SUS cada vez mais atuante e resolutivo.</p> <p>Espero que tenham gostado...</p> <p>Obrigada!!!!</p>			
---	--	--	--

27.	<p><b>Roda de Conversa: incluindo os três atores na ADEFAL – Maceió/AL</b></p> <p>Atividade do Curso de Apoiadores da Política Nacional de Humanização promovido pela Coordenação Estadual da Política Nacional de Humanização de Alagoas da Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas – SESAU.</p> <p>A Roda de Conversa foi desenvolvida pela Assistente Social e aluna do curso – Juliana Araújo Menezes na Associação dos Deficientes Físicos de Alagoas, no dia 28 de junho de 2019, no horário de 10h às 11h.</p> <p>A Associação dos Deficientes Físicos de Alagoas é uma organização sem fins lucrativos que é habilitada pelo sistema público de saúde como Centro Especializado em Reabilitação – CER III, prestando assistência em reabilitação física, auditiva e intelectual a todo o Estado.</p> <p>Para a roda de conversa foram convidados de forma verbal gestores, profissionais de saúde e usuários. Participaram 5 profissionais da saúde e 10 usuários. Os gestores não puderam comparecer devido a imprevistos e outros compromissos. Deixando uma lacuna, considerando que esse seria um momento para ampliar o grau de transversalidade entre os três sujeitos envolvidos.</p> <p>A roda de conversa foi dividida em três momentos: aquecimento, desenvolvimento e desaquecimento. Organizamos a sala com cadeiras em círculo. Durante o aquecimento explicamos o objetivo da roda de conversa, falamos sobre a Política Nacional de Humanização e seu movimento que dispara mudanças na produção de saúde e apresentamos o tema proposto para a roda de conversa pelo curso “Como melhorar a nossa prática? ”. Foi pactuado o tempo da Roda de Conversa em 50 minutos.</p> <p>Durante o desenvolvimento os participantes se sentiram à vontade e a palavra circulou a todo momento. Os usuários relataram suas dificuldades em relação ao transporte ofertado pelo município de origem, a falta de cuidado com a pessoa com deficiência no sentido do horário de partido e de retorno. O descaso da gestão municipal com o transporte que afeta diretamente na saúde de cada usuário, uma vez que acaba gerando um grande desgaste físico e emocional, na luta ferrenha pela garantia dos direitos. Os profissionais puderam ouvir e também contribuir com falas de incentivo a buscar pela efetivação dos direitos sociais. Sobre o tratamento ofertado na instituição os usuários relataram que estão satisfeitos com o tratamento ofertado e que são muito</p>	ALAGOAS 04/08/2019	Juliana Araújo Menezes	Gestão Participativa e cogestão
-----	--	-----------------------	------------------------------	---------------------------------------

	<p>gratos por todas as conquistas.</p> <p>Foi sugerido por um dos profissionais da saúde que os pacientes, caso tenha possibilidade, procurem serviços mais próximos as suas residências e que a instituição enquanto referência na luta pelos direitos da pessoa com deficiência provoque uma reunião com a AMA – Associação dos Municípios Alagoanos e com a ARSAL – Agência Reguladora de Serviços Públicos do Estado de Alagoas e que todos os usuários que enfrentem qualquer dificuldade utilize as ouvidorias dos serviços para realizarem reclamações. Tais atitudes favorecem a corresponsabilidade no processo de cuidado.</p> <p>Concluimos com o desaquecimento, no qual os participantes fizeram a avaliação, e os profissionais de saúde e os usuários relataram que é muito necessário serem ouvidos e que por meio do diálogo podem encontrar meios para resolução de conflitos. Que esperam ter mais momentos de roda de conversa.</p> <p>Atividades como essa fortalecem os princípios da PNH, como a transversalidade, ampliando o grau de comunicação entre as pessoas. Assim como, o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos, reconhecendo-se o papel de cada um. A PNH aposta na inclusão de gestores, profissionais da saúde e usuários e as rodas e conversa é uma metodologia que contribui para essa inclusão e provocando reflexões.</p>			
28.	<p><b>Vivência em comunidade.</b></p> <p>No dia nove de agosto de dois mil e dezenove, ocorreu um encontro de estudantes da área da saúde do primeiro ciclo no módulo de Prática de Ensino na Comunidade (PEC), vinculada ao Departamento de Educação em Saúde de Lagarto da Universidade Federal de Sergipe, com a população de Poção Redondo, no povoado Colônia Treze, município de Lagarto, sobre as potencialidades e experiências positivas do território. Nessa ação, o intuito foi pautar melhorias para os moradores com a contribuição e participação destes, nesse sentido, os discentes construíram um planejamento de acordo com o Método Bambu, que consiste em uma estratégia para impulsionar a atuação da comunidade no controle e participação social. Ademais, com dinâmicas, música, lanches e debates, foi evidente a importância de estarem juntos por uma causa. Vale enfatizar também o cantinho das crianças com brincadeiras incentivando discussões</p>	SERGIPE 13/08/2019	Clarissia Cardoso	Clínica ampliada e compartilhada

	<p>sobre qual a comunidade dos sonhos para eles.</p> <p>A ação foi mediada pela professora Camila Santos Souza e o monitor Manoel Gomes de Oliveira Júnior.</p> <p>Dessa forma, o módulo de PEC contribui significativamente para discentes e comunidades envolvidas, já que nas visitas e encontros existe uma aprendizagem mútua e transformadora.</p> <p>Essa abordagem é essencial a humanização das ações de saúde e formação acadêmica. Concluiu-se na ação que “a união faz a força”, e graduandos e comunidade perceberam as potencialidades de ações que visem o fortalecimento e ampliação do poder coletivo no Sistema Único de Saúde.</p>			
29.	<p><b>UNOESTE estimula Linha de Cuidado em Doença Falciforme com foco na Saúde da População Negra e na PNH.</b></p> <p>Universidade do Oeste Paulista está envolvida com a implantação do Plano Nacional de Assistência às Pessoas que Convivem com Anemia Falciforme na região de Presidente Prudente. A Professora Dra Édima Mattos coordena o Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde da Faculdade de Medicina de Presidente Prudente (NATS/FAMEPP UNOESTE). Este Núcleo busca ampliar e aplicar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em nosso território. Esta Política é regida pela Portaria 992, de 13 05 2009 e busca garantir equidade e efetivar o direito à saúde de negros e negras no Brasil.</p> <p>No dia 27 08 2019, o Professor Luís Eduardo Batista, Pesquisador Científico do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo esteve presente na Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), no Campus de Presidente Prudente, para conversar sobre o tema: ” Saúde da População Negra. Linha de Cuidado em Doença Falciforme / RRAS Presidente Prudente, SP.</p> <p>A importância da Política Nacional de Humanização foi ressaltada pelo ilustre palestrante, que valorizou os Princípios do HumanizaSUS, alicerçando a implantação da Linha de Cuidado em Doença Falciforme.</p> <p>Os participantes avaliaram como positiva a participação no evento com foco na Promoção à Saúde.</p>	SÃO PAULO 05/09/2019	Alex Wander Nenartavis	Formação e intervenção

30.	<p><b>Ouvidoria como dispositivo para fortalecimento da rede e aplicação do Projeto Café com Ouvidoria.</b></p> <p>Visamos partilhar este post como trabalho de finalização da disciplina “A construção de Redes Sociais no campo da Saúde Mental”, docente Sérgio Aragaki, discentes Ana Clara Parizio, Cristiane Paula Andrade e Sandra Roberta Montes, da especialização em Saúde Mental da Universidade de Ciências da Saúde-UNCISAL em Maceió/AL.</p> <p>Na disciplina supracitada pudemos apreender que com base na integralidade da Saúde e envolvendo os sujeitos de direitos, os quais são usuários do serviço, podemos ter vários dispositivos de fortalecimento da rede e a Ouvidoria vem a ser um dos que, através da inclusão de todos e respeito aos direitos, promove qualidade dos serviços da rede em todos os níveis com a participação social.</p> <p>Faz-se necessário ter estratégias para produção de redes, com ações que possam superar os desafios postos e a escuta qualificada com compartilhamento de saberes proporciona a busca de resolutividade na continuidade de atenção em Saúde e fortalecimento da rede.</p> <p>Na cartilha Redes de Produção de Saúde, da Política Nacional de Humanização do SUS(2009) a qual fizemos a leitura previamente a disciplina, fortalecimento do protagonismo e da autonomia dos sujeitos e dos coletivos, constituem-se princípios da Política Nacional de Humanização-PNH e para tal a Ouvidoria destaca-se em ser uma instância de controle social, onde os usuários e trabalhadores são sujeitos de mudanças e ocupam papel fundamental nas decisões para si e para o coletivo.</p> <p>Com objetivo de promover a construção coletiva dos serviços e aproximar os usuários do SUS a esta ferramenta chamada Ouvidoria, foi aplicado em Maceió o projeto “Café com Ouvidoria”.</p> <p>Nada mais humanizado do que uma escuta qualificada: escuta salva, empodera, proporciona saúde e controle social. Partindo deste pressuposto e com os valores da humanização, a equipe da Ouvidoria Municipal de Maceió foi tomar café, a primeira refeição matinal, com os cidadãos municipais na unidade de Saúde Felício Napoleão em 13 de Junho do corrente ano.</p> <p>No desmembramento do projeto, foram distribuídas cartilhas informativas sobre a Ouvidoria, explanação deste instrumento pela Ouvidora Geral Josiene Moreira e lançamento</p>	ALAGOAS 27/09/2019	Ana Clara Parizio Maia Paiva	Gestão Participativa e cogestão
-----	--	-----------------------	------------------------------------	---------------------------------------

	<p>oficial do projeto.</p> <p>Foram obtidos muitos resultados positivos com a iniciativa e valorizadas sugestões para melhoria do serviço de saúde. Na unidade aplicada, haverá inclusive, reativação do Conselho Gestor com a participação dos usuários, conforme relato da Assistente Social Tereza Tenório. O projeto foi tão produtivo que posteriormente foi aplicado junto com pesquisa de satisfação na Farmácia de Maceió e no dia 10 de Outubro de 2019 na USF Unidade Docente Assistencial José Lages Filho-UNIT, com intermédio da Assistente Social, Apoiadora da PNH do Núcleo Ampliado de Saúde da Família , Paula Andrade e da autora do projeto, Assistente Social Ana Clara Parizio, ambas alunas do curso de especialização.</p> <p>A procura tem sido grande para a aplicabilidade, fazendo-se necessário uma agenda, contudo o projeto não possui momento rígido definido, pois sua aplicabilidade estará sempre aberta para os usuários, configurando-se como flexível e podendo ser adaptado à situação ou instituição para sua proposição.</p> <p>Concluimos mais esta etapa querendo partilhar este pensamento em somar e visão macro sobre controle social, redes e humanização no SUS: juntos podemos construir estratégias e qualificação dos serviços em saúde! E relatando que os ensinamentos do módulo vieram reforçar os princípios do projeto.</p>			
--	---	--	--	--

Fonte: ?

**ANEXO**

## Anexo – Folder Política Nacional de Humanização



**Política Nacional de Humanização**  
**PNH**

1ª edição  
2ª reimpressão

Brasília – DF  
2015

**O que é a Política Nacional de Humanização?**

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar.

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH conta com equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação se constroem, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações nos modos de fazer saúde.

A partir da análise dos problemas e dificuldades em cada serviço de saúde e tomando por referência experiências bem-sucedidas de humanização, a PNH tem sido experimentada em todo o País. Existe um SUS que dá certo, e dele partem as orientações da Política Nacional de Humanização, traduzidas em seu método, princípios, diretrizes e dispositivos.

**Método**

O HumanizaSUS, como também é conhecida a Política Nacional de Humanização, aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho.

A comunicação entre esses três atores do SUS provoca movimentos de perturbação e inquietação que a PNH considera o “motor” de mudanças e que também precisam ser incluídos como recursos para a produção de saúde.

Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

Mas incluir como?

As rodas de conversa, o incentivo às redes e movimentos sociais e a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças são ferramentas experimentadas nos serviços de saúde a partir das orientações da PNH.

Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si.

**HUMANIZAR O SUS  
REQUER ESTRATÉGIAS QUE  
SÃO CONSTRUÍDAS ENTRE  
OS TRABALHADORES,  
USUÁRIOS E GESTORES  
DO SERVIÇO DE SAÚDE**



## Princípios

### TRANSVERSALIDADE

A Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.

### INDISSOCIABILIDADE ENTRE ATENÇÃO E GESTÃO

As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sociofamiliar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros.

### PROTAGONISMO, CORRESPONSABILIDADE E AUTONOMIA DOS SUJEITOS E COLETIVOS

Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.

## Diretrizes

A Política Nacional de Humanização atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. Entenda melhor alguns conceitos que norteiam o trabalho da PNH:

### ACOLHIMENTO

#### O QUE É?

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva,

a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.

#### COMO FAZER?

Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.

### GESTÃO PARTICIPATIVA E COGESTÃO

#### O QUE É?

Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo.

COMO FAZER? A organização e experimentação de rodas é uma importante orientação da coges-

tão. Rodas para colocar as diferenças em contato de modo a produzir movimentos de desestabilização que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e de atenção.

A PNH destaca dois grupos de dispositivos de cogestão: aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão, que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde.

Colegiados gestores, mesas de negociação, contratos internos de gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta, entre outros, são arranjos de trabalho que permitem a experimentação da cogestão no cotidiano da saúde.

### AMBIÊNCIA

#### O QUE É?

Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas.

**COMO FAZER?**

A discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde.

**CLÍNICA AMPLIADA  
E COMPARTILHADA****O QUE É?**

A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.

**COMO FAZER?**

Utilizando recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos (outras variáveis, além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões compar-

tilhadas e comprometidas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS.

**VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR****O QUE É?**

É importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.

**COMO FAZER?**

O Programa de Formação em Saúde e Trabalho e a Comunidade Ampliada de Pesquisa são possibilidades que tomam possível o diálogo, intervenção e análise do que causa sofrimento e adoecimento, do que fortalece o grupo de trabalhadores e do que propicia os acordos de como agir no serviço de saúde. É importante também assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão.

**DEFESA DOS DIREITOS  
DOS USUÁRIOS****O QUE É?**

Os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos

em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.

**COMO FAZER?**

Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.

**Rede HumanizaSUS**

Um portal colaborativo para produção e difusão de informações em humanização da saúde entre gestores e trabalhadores da saúde, pesquisadores, estudantes e profissionais de diferentes áreas. Todos com um interesse comum: conhecer melhor, ampliar e colocar na roda de conversa virtual o tema da humanização.

A Rede HumanizaSUS abre espaço para o protagonismo de seus participantes possibilitando o compartilhamento das vivências, desafios, atualidades e uma série de formas de conhecimento produzido em humanização por meio de textos, vídeos e fotos que constroem a história da PNH.

**FORMAÇÃO É INTERVENÇÃO –  
INTERVENÇÃO É FORMAÇÃO**

Por meio de cursos e oficinas de formação/intervenção e a partir da discussão dos processos de trabalho, as diretrizes e dispositivos da PNH são vivenciados e reinventados no cotidiano dos serviços de saúde. Em todo o Brasil, os trabalhadores são formados técnica e politicamente e reconhecidos como multiplicadores e apoiadores da PNH, pois são os construtores de novas realidades em saúde e poderão se tornar os futuros formadores da PNH em suas localidades.

A PNH investe em diversos materiais de formação, como cartilhas, documento base e outras publicações disponíveis on-line no portal do Ministério da Saúde. Acesse!

**HUMANIZAR É CONSTRUIR  
RELAÇÕES QUE AFIRMEM  
OS VALORES QUE ORIENTAM  
NOSSA POLÍTICA PÚBLICA  
DE SAÚDE.**

