

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - SETOR LITORAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

NEIVA DOS REIS

**A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO SOB O OLHAR DOS
PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MATINHOS/PR**

MATINHOS
2016

NEIVA DOS REIS

**A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO SOB O OLHAR DOS
PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MATINHOS/PR**

Monografia apresentada ao módulo de Trabalho de Conclusão e Curso II como requisito parcial à conclusão do Curso de Serviço Social, Setor Litoral, Universidade Federal do Paraná, sob orientação da Prof.^a Dra. Prof.^a Silvana Marta Tumelero.

**MATINHOS
2016**



PARECER DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Os membros da Banca Examinadora realizaram em 05/12/2016 a avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de **NEIVA DOS REIS**, sob o título *A política nacional de Humanização sob o olhar dos profissionais da área de saúde do município de Matinhos/PR*, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, tendo a estudante sido APROVADA, CONCEITO APL.

Matinhos, 05 de dezembro de 2016.

DRA. SILVANA MARTA TUMELERO
Orientadora

DRA. EDINA MAYER VERGARA
Integrante da Banca

MSC. ANTONIO SANDRO SCHWARTZ
Integrante da Banca

AGRADECIMENTOS

Ao Ser Supremo, pela vida e a possibilidade de empreender esse caminho evolutivo, por propiciar tantas oportunidades de estudos e por colocar em meu caminho pessoas amigas e preciosas.

À minha família, pais, pois de vocês recebemos o dom mais precioso do universo: a vida, já por isso seríamos infinitamente gratos, ainda mais: revestiram minha existência com amor, carinho e dedicação.

Aos professores Antonio Sandro, Édina Vergara, Silvana Marta Tumelero e os demais não nominados, mas lembrados aqui, que direta ou indiretamente fizeram parte desta jornada, pelo acolhimento, carinho, compreensão nas inúmeras vezes que precisei e pelas contribuições e sugestões no trabalho.

Aos colegas de turma, expresso minha gratidão pelo convívio nesses anos, pelo apoio quando pensava em desistir e cada momento é um momento de encontros, que nos caminhos da vida nos reencontremos novamente mais seguros, mais confiantes, mas guardando no coração todo o carinho que compartilhamos nessa caminhada, meus sinceros agradecimentos.

À professora Dra. Prof.^a Silvana Marta Tumelero, pela orientação em todos os sentidos.

A todos aqueles que neste caminho percorrido fizeram parte do caminho.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a minha sobrinha PRISCILA GONÇALVES DA SILVA "in memoriam", seu exemplo de garra, luta, persistência me levou a querer mais humanização da e na vida. Vida, pela qual nos poucos 25 anos que viveu e lutou bravamente durante um ano e três meses contra o Câncer.

Enquanto estava ao seu lado, nas idas e vindas, nas paradas no hospital, a convivência neste ambiente me fez querer saber mais sobre a Política Nacional de Humanização. Esses anseios deram origem a este trabalho, que dentre as razões, um pouco queria conhecer mais sobre a saúde pública e suas adversidades, e dentre outras tantas razões se misturava a dor e a certeza da perda que acontecia dia após dia.

RESUMO

Este trabalho busca discutir e levar a uma reflexão sobre a Política Nacional de Humanização sob o olhar dos profissionais da área de Saúde do município de Matinhos/PR. Foi baseado em literaturas condizentes com o tema, análise da legislação pertinente e pesquisa de campo feita nas Unidades Básicas de Saúde deste município. Tendo como objetivo maior conhecer o que pensam e sabem sobre a Política Nacional de Humanização, partindo de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, participaram da pesquisa, 15 servidores municipais da área da saúde. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário e complementado por meio de entrevistas semiestruturadas de modo a complementar o questionário aplicado. Para a análise dos dados foi empregada a análise de conteúdo. Foi possível verificar a falta de conhecimento conceitual sobre a Política Nacional de Humanização, bem como as fragilidades e potencialidades para a sua execução nas Unidades de Saúde e sugere-se um nivelamento teórico para todos servidores, com o objetivo de melhorar a qualidade das ações e a implementação de tal política.

Palavras-chave: Humanização. Saúde Pública. SUS.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Profissionais da Saúde do Município de Matinhos.....	11
Tabela 2	Sexo e faixa etária.....	35
Tabela 3	Quanto a Raça/Cor.....	36
Tabela 4	Tipos de estabelecimentos.....	37
Tabela 5	Serviços de Saúde.....	38

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01	População - Perfil Demográfico.....	36
GRÁFICO 02	Declaração em Relação a Cor.....	37
GRÁFICO 03	Conhecimento Sobre a Política de Humanização.....	40
GRÁFICO 04	Relação entre os Profissionais da Saúde.....	42

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM OLHAR PANORÂMICO	14
1.1 REDEMOCRATIZAÇÃO, MOVIMENTOS SOCIAIS E A REFORMA SANITÁRIA	14
1.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ENQUANTO INTEGRANTE DA SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA	20
1.3 OS DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS	25
2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS	29
2.1 O QUE É A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS	29
2.2 DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL E HUMANIZAÇÃO DO SUS	31
3 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS: UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE MATINHOS	35
3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM MATINHOS	35
3.2 A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO SUS A PARTIR DE APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS COM OS TRABALHADORES DO SISTEMA DE SAÚDE DE MATINHOS	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	49
APENDICE 1	53
APENDICE 2	55

INTRODUÇÃO

Sabemos que os profissionais de Saúde são as pessoas mais indicadas para que se efetivem as propostas do Sistema Único de Saúde, sobretudo, no que se refere à prática educativa da humanização voltada para a consecução da Saúde Pública no Brasil. Com isso pretende-se aqui mostrar a necessidade de que os profissionais tenham claro o que é a Política Nacional de Humanização e como colocá-la em prática. Diante disso, este trabalho tem por objetivo abordar a trajetória das políticas em saúde pública no Brasil perpassando pela Política Nacional de Humanização e o olhar dos profissionais da Saúde com o intuito de mostrar a necessidade de conhecimento deste profissional no processo de humanização, levando em conta todo o processo de trabalho que envolve sua atuação.

Para tanto, o caminho metodológico seguido nesta pesquisa foi baseado nas categorias teóricas utilizadas: reforma sanitária; SUS – gestão, controle social, financiamento; política de saúde; política de humanização do SUS.

Sabemos que uma das políticas prioritárias no setor de saúde é a humanização. Visando conhecer mais sobre a política de humanização proposta pelo Ministério da Saúde, foi realizado um estudo bibliográfico e pesquisa de campo. A pesquisa, de caráter exploratório, de abordagem qualitativa, buscou identificar os elementos pertinentes aos objetivos da pesquisa, qual seja, “identificar, sob a perspectiva dos trabalhadores do sistema de saúde de Matinhos, o processo de implementação da política de humanização no município.

Para tanto, foi aplicado junto aos sujeitos da amostra um questionário com questões abertas e fechadas. Por fim, a fase interpretativa, que buscou tecer relações críticas entre as ideias explícitas e implícitas encontradas no material, buscando assim desenvolver este estudo sobre humanização no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde no município de Matinhos. Este trabalho está estruturado em três capítulos, no primeiro capítulo aborda-se o percurso histórico do Sistema Único de Saúde, do início dos movimentos sociais e reforma sanitária, até os dias atuais. No segundo apresenta-se a conceituação e os desafios apresentados para a consolidação da Política Nacional de Humanização (PNH) e do SUS, no terceiro mostra-se a PNH, na perspectiva dos trabalhadores da Saúde do município de Matinhos no litoral do Paraná.

1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM OLHAR PANORÂMICO

Hoje todos sabemos, ainda que, somente nos princípios constitucionais, que a Saúde é "um direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 1988, p.32) sendo uma conquista consolidada na Constituição Federal de 1988, explicitada em seu artigo 196. Por esta Carta Magna também foi criado o Sistema Único de Saúde, resultante não apenas da posição do poder legislativo, mas, como a história mostra, essa conquista foi dura, decorrente de movimentos organizados da sociedade civil, conforme apresentamos no primeiro item deste trabalho.

Neste capítulo também abordaremos o Sistema Único de Saúde e os desafios para a sua consolidação.

1.1 REDEMOCRATIZAÇÃO, MOVIMENTOS SOCIAIS E A REFORMA SANITÁRIA.

Desde o descobrimento do Brasil, a saúde foi relegada a um segundo plano. Durante o governo de Portugal muito pouco se fez. Predominavam naquele período as "curandeiras", muitas vezes até, tratadas como bruxas. Poucos eram os médicos formados. Foi com a Proclamação da República e em consequência da Constituição de 1891 que começam a surgir as primeiras ações de saúde. Segundo Costa (1985, p.35) a primeira reforma na saúde foi projetada a partir de 1903, sob a coordenação de Oswaldo Cruz o qual propõe um código sanitário que institui a "desinfecção, inclusive domiciliar, o arrasamento de edificações consideradas nocivas à saúde pública, a notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária". Ele também implementa sua primeira grande estratégia no combate às doenças: a campanha de vacinação obrigatória, instituída pela lei Federal de nº 1261 de 1904, que tornava obrigatória a vacinação antivaríola, surgindo a partir daí a revolta da vacina, devido à falta de informação dos brasileiros.

No período de 1903 até 1934 poucas mudanças aconteceram, pois as reformas da saúde pública sempre acompanharam as mudanças políticas, e este foi um período marcado pela instabilidade política. Três décadas depois de sua formulação, já nos anos de 1930, o modelo sanitário preventivo de Oswaldo Cruz foi substituído. Tal mudança se deu em função do sistema político da época, que era o militar e que passa a priorizar uma medicina de cunho curativo. Esse novo modelo

de saúde foi incapaz de solucionar problemas de saúde coletiva, como as epidemias, endemias ou a própria mortalidade infantil qual apresentava indicadores expressivos. Com isso, esse modelo também se tornou ineficaz, pois tinha os custos extremamente altos para uma população de trabalhadores sem carteira assinada, sem emprego e que não estavam inclusos nos sistema previdenciário, o que torna urgente uma nova proposta de saúde de forma a cobrir esta parcela da população.

Num período subsequente, segundo Polignano (2008), entre as décadas de 1930 a 1960, no Brasil, os serviços sociais ofertados na área da saúde se davam em torno de apenas dois eixos: saúde pública e medicina previdenciária. Tais ações beneficiavam apenas trabalhadores assalariados contribuintes do IAPS (Instituto de Aposentadorias e Pensões, e foi com a Constituição Federal de 1934 que se proporcionou algumas garantias aos empregados, tais como assistência médica, a licença remunerada à gestante trabalhadora e a jornada de trabalho de oito horas. Nos anos que se seguiram mais alguns benefícios foram concedidos à população como, por exemplo, o salário mínimo, isso porque a ideia que se tinha era que a população constituía capital humano e assim os indivíduos tinham que ser sadios para que trabalhassem para o desenvolvimento do país, assim foram elaborados apenas planos de combate às enfermidades que reduziam a produção da população, por isso até os meados da década de 40 a saúde pública estava reduzida a campanhas sanitaristas como a criação de serviços de combate a endemias.

Para Doimo (1995) na década de 1970, ainda sob a ditadura militar, teve o início de um movimento de organização comunitária em torno de melhorias na saúde, equipamentos sanitários, postos de saúde e procedimentos médicos, exemplo disso é que em 1975 foi criado um Sistema Nacional de Saúde, instituindo um sistema de assistência à saúde com validade para todo o território nacional; sendo que esta criação foi o embrião inicial para a ideia do SUS, que surgiria algumas décadas depois, assim a antiga junta e inspetorias de higiene provinciais foram substituídas pelos serviços sanitários estaduais esses serviços pouco fizeram pela melhoria da saúde popular. Com isso começam a surgir as organizações civis. Era a primeira vez em que a sociedade civil, representada por segmentos como a Igreja Católica, ONGs, médicos ativistas e demais profissionais da saúde, vinculados ao chamado novo sindicalismo, deu corpo ao Movimento Popular de Saúde (MOPS). Dessa forma juntavam forças e articulavam-se em busca de uma

nova política de saúde no país. O MOPS foi estruturado entendendo que a saúde era um direito e deveria ser promovida pelo Estado. Uma manifestação do desejo do poder popular, por meio de seus movimentos reivindicativos urbanos, por melhorias na saúde da população em geral.

De acordo com Bertolli Filho (2008) o golpe militar de 1964 trouxe mudanças para o sistema sanitário brasileiro. Ocorreu uma exclusão dos representantes dos trabalhadores do Instituto de Aposentadoria e Pensão, devido a um aumento de contribuintes previdenciários, aumento de enfermidades como a dengue, meningite e a malária e quando tais doenças se tornavam epidêmicas, as autoridades da ditadura recorriam à censura, impedindo que os meios de comunicação alertassem o povo sobre a ameaça, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, ocorrendo a unificação de todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930. O INPS ficou subordinado ao Ministério do Trabalho, assim os destaques foram na assistência médica, no crescimento progressivo do setor privado e na abrangência de parcelas sociais no sistema previdenciário.

Frente às críticas ao seu projeto político, social, o regime militar procurou resistir ampliando, por um lado, de forma controlada, o espaço de manifestação política; por outro, utilizando-se simultaneamente de dois mecanismos voltados para responder às demandas das camadas populares: concessões econômicas restritas e uma política social ao mesmo tempo repressivo e paternalista (TEIXEIRA & OLIVEIRA, 1985).

Bertolli (2008) ainda cita que foi em 1976, que se funda o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) um marco para o início do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Esse movimento lutava contra a ditadura militar e preconizava um novo modelo assistencial que destacava a importância da assistência primária de saúde.

Já em 1977, o governo militar cria o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) através da Lei nº 6.439 / 77. O SINPAS aglomerou várias outras instituições como, por exemplo, o INPS e onde o Ministério da Saúde direcionou as suas ações para esferas municipais com o intuito de formar uma rede básica de saúde voltada para a atenção primária. Em 1978, ainda sob a batuta do regime de exceção, a ação unitária dos movimentos populares e as reivindicações em torno da questão da saúde foi adquirindo um perfil expressivo-mobilizador de contestação ao regime militar e o clamor da saúde como um direito social provido

pelo Estado.

A década de 1980 teve início em clima de redemocratização, crise política, social e institucional do país, tendo como primeiro passo a realização da 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), na qual participaram mais de cinco mil pessoas, dentre elas, estudantes, profissionais da saúde, sociedade civil e sindicatos com o propósito de reformular a política de saúde e formular o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que buscava dotar o país de uma rede de serviços básicos que oferecesse, em quantidade e qualidade, os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde. Tendo como meta a cobertura de saúde para toda a população até o ano 2000, a Conferência Nacional de Saúde, de 1980, tinha como seus pressupostos básicos a hierarquização das formas de atendimento por níveis de complexidade, a integração dos serviços existentes em cada um dos níveis de complexidade, seja na rede pública ou privada, mas que não saiu do papel devido a crise econômica da Previdência que se iniciou em 1981. Nesse período a saúde ficou a cargo dos municípios e nenhuma mudança significativa aconteceu.

Foi somente em 1986 com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final serviu como subsídio para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição Federal que trata "Da Saúde", os principais destaques dessa conferência, além da participação popular, foram: Saúde como direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do setor, criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que depois se transformaria no SUS. A interdependência entre política social e econômica e a conceituação dos serviços de saúde como públicos e fundamentais para a população que foram o marco da Reforma Sanitária proposta neste evento e que resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), assim a partir da promulgação da Constituição, em 1988, a saúde ganhou rumos diferentes com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Cordeiro (1991) a Reforma Sanitária foi uma das conquistas mais eficazes tanto que se tornou emenda constitucional posteriormente consolidada na Constituição Federal de 1988, efetivando-se como política de saúde, integrada, descentralizada e controlada pela sociedade civil brasileira e que ainda hoje passa por reformas, inovações e tentativas de melhorias.

De acordo com Fleury (1997) foi com a Constituição Federal de 1988 que grandes mudanças nas organizações brasileiras aconteceram. Na administração pública há uma mudança central, de um caráter autoritário para uma perspectiva que privilegia o cidadão e que propôs dois princípios básicos da seguridade social: a participação da sociedade e a descentralização político-administrativa, aprofundando assim o duplo movimento de democratização, qual seja, do nível central em direção ao nível local e do Estado em direção à sociedade. Esta dinâmica na gestão do Estado e nas políticas públicas de caráter social descentraliza o poder. Os municípios ganharam autonomia político-administrativa, novas responsabilidades, competências legislativas e recursos tributários. É com essa descentralização que acontece o fortalecimento da sociedade local, que se permite a criação de espaços institucionais de participação social que podem possibilitar maior eficiência da gestão pública.

Segundo Arocena (1989), essas propostas descentralizadas vieram num sentido de criar sistemas alternativos à burocracia centralizada tendo forte relação com as iniciativas de caráter local. Associado à descentralização deve estar o fortalecimento da sociedade local, vista como um espaço de inclusão social e expansão da cidadania, ou seja, um processo de alavancagem de uma forma de governar mais participativa, democrática, comprometida, do ponto de vista do Estado e da sociedade. Essa descentralização da saúde, mesmo depois de passado tanto tempo da criação do SUS, representa avanços, tais como a adesão dos municípios ao SUS, expressos na Norma Operacional Básica 1996 (NOB/96) em prol da municipalização da saúde. Essa norma, além de dar um tratamento especial para as ações básicas de saúde altera as modalidades da gestão local do SUS para: Plena de Atenção Básica e Plena do Sistema de Saúde. Sendo que na primeira, o poder público municipal tem governabilidade apenas sobre a rede de atendimento básico e na segunda, a responsabilidade do município é ampliada para a gestão de todo o atendimento à saúde no seu território, dando plena assistência ambulatorial e hospitalar. A atribuição de fiscalização é dos cidadãos representados através de Conselhos. Relembramos que o SUS foi a primeira política pública no Brasil a adotar constitucionalmente a participação popular como um de seus princípios, reafirmando o exercício do controle social sobre as práticas de saúde, evidenciando assim a possibilidade de seu exercício através de outros espaços institucionalizados. Tal processo participativo, é reconhecido em seu arcabouço jurídico, reconhecidamente

a Lei Orgânica de Saúde - Lei nº 8.142/90, bem como em deliberações dos Conselhos e das Conferências de Saúde, nos três níveis de governo.

A Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990) afirma, que o Conselho de Saúde é paritariamente composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, devendo atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde de acordo com a respectiva instância, municipal, estadual ou federal, além do controle dos aspectos econômicos e financeiros. Essa mesma Lei regulamenta as Conferências de Saúde como eventos que devem ser realizados a cada quatro anos para discutir a política de saúde e propor diretrizes de ação. Estes Conselhos e Conferências de Saúde funcionam nos três níveis de governo: nacional, estadual e municipal.

Ademais, a Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080/1990 estabelece em seu art. 12 a criação de comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, com o objetivo de articular as políticas públicas relevantes para a saúde. Entretanto, é a Lei n.º 8.142/1990 que dispõe sobre a participação social no SUS, definindo que a participação popular estará incluída em todas as esferas de gestão do SUS. Legitimando assim os interesses da população no exercício do controle social (BRASIL, 2009).

A participação da sociedade debatendo em suas organizações, dialogando com o Estado e realizando o controle social é muito importante para garantir que as políticas atendam, de fato, às necessidades prioritárias da população, para melhorar os níveis de oferta e de qualidade dos serviços e também para fiscalizar a aplicação dos recursos públicos. Controle social é uma forma de compartilhamento de poder de decisão entre Estado e sociedade sobre as políticas, um instrumento e uma expressão da democracia e da cidadania e com isso a participação ampla da sociedade no controle social fortalece as políticas públicas, tornando-as mais adequadas às necessidades da coletividade e ao interesse público. Essa participação pode ser exercida de duas formas: a participação institucionalizada, regulamentada pela Lei nº 8.142/1990, que na área da saúde se expressa nos Conselhos locais, municipais e estaduais e nas Conferências de Saúde nos níveis municipal, estadual e nacional, onde atores participam como representantes de instituições ou entidades; e a forma não institucionalizada, que são as possibilidades de participação em toda e qualquer atividade de saúde.

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) ao falar das Conferências de Saúde, muitos pensam que é um acontecimento recente, mas na

verdade elas acontecem há décadas. Dentre as realizadas, uma a se destacar foi a 14ª Conferência Nacional de Saúde, dividida em três etapas (municipal, estadual e federal), realizada em Brasília, entre os dias 30 de novembro e 4 de dezembro de 2011. Antes da realização da Conferência Nacional Saúde, os municípios e estados deviam eleger representantes e discutir questões que venham qualificar o debate sobre a realidade do SUS no país nas suas conferências preparatórias. Normalmente, as Conferências Nacionais de Saúde possuem temas centrais que norteiam as discussões e debates. Na 14ª edição da Conferência o tema central foi: "Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro", o qual contemplou vários assuntos que são considerados desafios para o sistema. Dentre eles, destacam-se questões como o acesso e acolhimento com qualidade; a participação da comunidade e o controle social; a política de saúde na seguridade social, financiamento; o Pacto pela Saúde e as relações público-privadas, com vistas a fortalecer o SUS.

1.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ENQUANTO INTEGRANTE DA SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), o SUS é concebido pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198 e respectivo Parágrafo Único, como:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e que constituem um sistema único, organizado. [...] O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento de seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal, e dos municípios, além de outras fontes (BRASIL,2004).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o resultado de um processo de articulação do Movimento pela Reforma Sanitária e de diversas pessoas comprometidas com o reconhecimento dos direitos sociais de cada cidadão brasileiro, explícito na defesa do caráter universal das ações e dos serviços de saúde no País.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e dos serviços de saúde sob gestão pública. Um direito assegurado pela Constituição de 1988, e o SUS tem como objetivo promover, proteger e recuperar a saúde pública

organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo e com o objetivo de atender milhões de brasileiros, o SUS tem como responsabilidade oferecer a toda sociedade serviços como consultas, exames, internações, campanhas de vacinação, ações e prevenções de doenças e dentre outras. A instituição do SUS representa um marco histórico das políticas de saúde em nosso país, pois na nova Constituição, a atenção à saúde passa a ser assegurada legalmente como direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de provê-la a todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros que vivem no Brasil. Este Sistema deve ser organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- 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.
- Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL,2010).

Quando falamos em SUS não se pode deixar de falar sobre os gestores deste sistema. Em nível nacional, o gestor é o Ministro da Saúde, em nível Estadual é o Secretário de Estado da Saúde e nos municípios, tal competência é atribuída ao Secretário Municipal de Saúde. Todas estas instâncias tem responsabilidades e atribuições distintas, porém, todas elas, para gerir precisam ter o respaldo financeiro que é provido, principalmente da arrecadação centralizada pela União e descentralizada mediante critérios populacionais, levando em conta o número de idosos, crianças, o incentivo financeiro da União para os municípios é de R\$1,88 por pessoa e o restante é dividido entre o Estado e o Município. Diante disso, fica claro que podem dividir funções, mas todos devem ser parceiros para garantir a saúde da população, cada um com seu compromisso.

No caso do nível nacional, é responsabilidade da União coordenar os sistemas de saúde de alta complexidade que é o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e custo, objetiva propiciar á população acesso a serviços qualificados integrando aos demais níveis de atenção a saúde e de laboratórios públicos, isso se faz por meio do Ministério da Saúde, onde a União fica com a responsabilidade de planejar e fiscalizar o SUS em todo o País. O Ministério da Saúde responde pela metade dos recursos da área e a verba é

prevista anualmente no Orçamento Geral da União, onde é retirado da variação nominal do Produto Interno Bruto, assim o cálculo é feito em cima de quanto o Brasil cresceu no ano anterior, esse dinheiro é aplicado no SUS.

No caso dos Estados, o papel dos governos estaduais é de criar suas próprias políticas de saúde e complementar a execução da política nacional aplicando recursos próprios (mínimo de 12% de sua receita vinda de impostos) além dos repassados pela União. Os Estados também repassam verbas aos municípios. Além disso, os estados coordenam sua rede de laboratórios e hemocentros, definem os hospitais de referência e gerenciam os locais de atendimentos complexos da região.

Em relação aos municípios, fica a responsabilidade de garantir os serviços de atenção básica à saúde, ou seja, o atendimento inicial, orientando sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e encaminhar os mais graves para outros níveis de atendimentos como hospitais ou centro de especialidades e prestar serviços em sua localidade, com a parceria dos governos estadual e federal. As prefeituras também criam políticas de saúde e colaboram a com a aplicação das políticas nacionais e estaduais, aplicando recursos próprios (mínimo de 15% de sua receita) e os repassados pela União e pelo Estado.

O direito à saúde, afirmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, está claro na Constituição Federal de 1988 que define a Saúde como direito de todos e dever do Estado, indicando os princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde – SUS. A saúde preconizada na Constituição está inspirada no debate da Reforma Sanitária Brasileira iniciado na década de 70, com grande expressão no resultado do intenso e participativo debate ocorrido na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Durante a década de 1990 se assiste a árdua luta pela implantação do SUS, ainda que se esteja distante de completar esta tarefa, muito já se avançou.

De acordo com Tavares (2002) na Constituição de 1988 além de ampliação do direito a saúde para todos, houve avanços no âmbito da Seguridade Social, A seguridade social é definida na Constituição Federal, no artigo 194, *caput I*, como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, ano, p.35). Assim resumindo, a seguridade social é o conjunto de ações e instrumentos por meio do qual se pretende alcançar uma sociedade livre,

justa e solidária, erradicando a pobreza e a marginalização, reduzindo as desigualdades sociais e promovendo o bem de todos. Como afirma Tavares (2002), com isso não importa a condição econômica do beneficiário. Para ele a Previdência Social é o programa de seguro público que oferece proteção contra diversos riscos econômicos (por exemplo, a perda de rendimentos devido a doença, velhice ou desemprego) e em que a participação é obrigatória e a Assistência Social tem como função é manter uma política social destinada ao atendimento das necessidades básicas dos indivíduos, mais precisamente em prol da família, maternidade, infância, adolescência, velhice, o amparo às crianças e aos adolescentes carentes, promoção da integração ao mercado de trabalho, bem como a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária.

Em se tratando dos recursos, estes são provenientes da arrecadação direta de tributos pelos entes estatais, que posteriormente contemplarão o orçamento anual com os recursos destinados para cada Setor (Previdência Social, Saúde e Assistência Social). Com isso as políticas de saúde pública deverão garantir gratuitamente a toda a população brasileira o acesso aos respectivos serviços. Por serviços de saúde pública, dentre outros, entende-se o direito à vacinação, medicamentos de alto custo e uso prolongado, consultas, internações e procedimentos hospitalares, bem como a prevenção de doenças. Assim sendo, o Estado não pode negar acesso à saúde pública a uma pessoa, sob o argumento de que esta possui riqueza pessoal e meios de prover a sua própria saúde. Entretanto a existência e garantia legal de operação de planos privados de saúde, permanentemente colocam a saúde como um território de disputas de concepções e dificuldades de operacionalização, seja pelos representantes legislativos, seja pelos governos, de acordo com os projetos que defendem.

Nesse sentido, difere da Assistência Social que garante o auxílio assistencial é a necessidade do homem, sem que haja uma contrapartida contributiva, ou seja, mesmo não contribuindo com valores descontados de salários, emprego ou outros todos(as) têm direito a ela, diferentemente da Previdência Social. Esta exige a contribuição obrigatória para todos os trabalhadores formais, garantindo, assim, a formação de renda que será destinada para os aposentados. Instituída pela Constituição Federal de 1988, as políticas de assistência social, nos termos do artigo 202 do texto constitucional destinam-se a

amparar, gratuitamente, as camadas sociais menos favorecidas, através de programas e ações de proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice, bem como promoção de integração ao trabalho, habilitação e reabilitação e integração na vida social de pessoas portadoras de necessidades especiais. em seu art. 203, a Assistência Social é disciplinada pela Lei nº 8.742/93, e conceituada como:

[...] direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Na Constituição Federal no Art. 203, trata fala sobre a assistência social que será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei (BRASIL, 2003).

Organizada administrativamente de forma descentralizada, e coordenada pela União, a assistência social é subvencionada por recursos oriundos da seguridade social, cabendo aos entes estatais, distritais e municipais a execução dos programas sociais.

Assim fica claro que a seguridade social visa garantir a saúde de todos e a Assistência Social garante recursos para a sobrevivência digna dos cidadãos em situações de necessidades.

Sob esta ótica observa-se que legalmente a criação do SUS se dá a partir dos marcos legais estabelecidos pela Constituição Federal do Brasil de 1988, consolidado e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOA) sob nº 8080/90 e nº 8.142/90, o que afirma Finkelman (2002) que estas leis direcionaram o novo SUS, bem como, a sua organização e seu funcionamento, bem como esses repasses acima citados para os estados e municípios, além de criar e reger o controle social no SUS, conforme estabelecidos nos critérios estaduais e municipais de saúde.

Para tanto o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS, 2003) afirma que foi SUS o primeiro sistema público a adotar constitucionalmente a participação popular como um de seus princípios, com isso afirma como necessário o exercício do controle social sob as práticas de saúde, ou seja, controle social seria o controle da sociedade sobre a política de saúde, através de conselhos, conferências de saúde, as audiências públicas, de usuários e de trabalhadores sociais.

Os conselhos de saúde e as conferências de saúde se constituem, atualmente, nos principais espaços para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo, assim sendo eles atuam como mecanismos democráticos, através deles, a sociedade se organiza para a efetiva proteção da saúde como direito de todos e dever do Estado e onde o Conselho Nacional, desde a sua instituição em 1937, e, principalmente a partir da criação do SUS e da definição de suas atribuições legais, se tornou o órgão mais importante para a formulação, acompanhamento e fiscalização da política de saúde no Brasil.

1.3 OS DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Para Goulart (1991), no momento da sua criação, o SUS produziu um enorme movimento de inclusão social para os brasileiros ao assegurar a mesma cobertura de serviços de saúde a todos, o que veio superando a divisão existente, até então, entre os trabalhadores urbanos e os rurais e entre os que contribuíam para o sistema previdenciário e aqueles que não o faziam, mas tendo passado quase três décadas, observa-se que o SUS ainda tem dificuldades para cumprir sua concepção inicial.

Em termos de avanços o SUS brasileiro é apontado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como exemplo para os demais países em desenvolvimento, pois defendeu abertamente a quebra de patentes, também criou e disseminou Programas como o de controle da AIDS, Saúde da Mulher e do Idoso. O Brasil foi um dos pioneiros também na quebra de patentes de medicamentos contra a AIDS, tuberculose e malária, cujo custo elevado inviabilizava

o custo no Brasil e na ajuda humanitária aos países africanos dizimados por estas doenças.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), houve uma melhora significativa no perfil epidemiológico do país, de acordo com o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) de 2012, sistema criado para avaliar o atendimento em todos municípios, estados e em âmbito nacional dos indicadores que avaliam os atendimentos da Saúde Pública houve a redução nos índices de mortalidade infantil e materno também, principal indicador mundial de desenvolvimento social, enquanto que na saúde bucal houve uma redução no índice de cáries entre crianças aos 12 anos de idade.

Quanto às dificuldades apresentadas com a criação do SUS é possível ver que existe em muitas regiões a falta de compromisso político e social, bem como a falta de decisão dos dirigentes e gestores para assegurar o cumprimento dos preceitos legais relativos à implementação do SUS, como falta de aplicação das verbas para a efetivação da saúde, não se tem um planejamento em saúde com base na informação demográfica e epidemiológica, conforme afirma Goulart (1991).

O SUS tem consolidado uma política pública integral, inclusiva e de caráter universal. Cabe aos governantes garantir o acesso de todos os cidadãos aos sistemas, serviços e ações de atenção à saúde, com qualidade e equidade. Tal responsabilidade é intransferível, embora seja compartilhada por todas as esferas de governo, demandando iniciativas de cooperação e pactuação intergovernamentais (BRASIL, 1990, p.43).

Goulart (1991) cita que hoje se tem muitas dificuldades e desvantagens na operacionalização do SUS, como reclamações dos usuários que enfrentam filas e esperam meses e algumas vezes até anos para conseguir realizar uma cirurgia eletiva (não emergencial). Há fila para aguardar exames simples, medicamentos básicos não estão disponibilizados nos centros de saúde, não se tem atendimento às emergências, os serviços de reabilitação são precários. Também no campo do atendimento a idosos, à saúde mental há falta de serviços e de leitos para internação e muitas vezes os profissionais não estão preparados para atender essa população com a qualidade prevista na legislação. Outro aspecto relevante que corrobora para a não efetivação do SUS, nos termos de sua concepção, são as condições de trabalho e de remuneração dos profissionais, geralmente muito ruins, aparelhos e equipamentos quebrados, laboratórios interditados e a falta de médicos

nos prontos-socorros e nos postos de saúde, tem sido uma das maiores dificuldades encontradas na gestão do Sistema.

Conforme estabelecido na Portaria MS/GM nº 399/2006 o financiamento e o fornecimento de medicamentos, produtos e insumos para os Programas Estratégicos de Saúde pública são de responsabilidade do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

As dificuldades do SUS são conhecidas, mas não podem ser generalizadas. Muitos municípios, que assumiram a saúde de seus cidadãos, que respeitam a lei e investem recursos próprios, estão conseguindo prestar atendimento com qualidade e dignidade a toda a população, criando hospitais, postos de saúde, clínicas especializadas e convênios com grandes centros para atendimento, outro aspecto importante na gestão da alta complexidade é a mudança de gestor dos Hospitais Universitários - Hospitais de Clínicas pela EBSEH.

Outro ponto negativo a destacar sobre o SUS, são os desvios de verbas que deviam ser repassado para a saúde pública, mas onde alguns administradores por irresponsabilidade, má conduta e falta de vergonha na cara, acabam desviando o dinheiro que era pra ser investidos em reformas de hospitais, manutenção de ambulâncias, compras de aparelhos médicos e outros, acabam indo parar no bolso de políticos desonestos, mas também os esquemas com empresários de laboratórios, fornecedores de medicamentos e equipamentos, médicos, etc. o que acaba resultando na falta de atendimento a população e o SUS prejudicado.

Com isto vemos que para a implementação efetiva do SUS é preciso repensar a forma de controle e responsabilidade no dinheiro a ser aplicado pelo SUS, bem como, observação e estudos regionais para aplicação das verbas, também que a população solicite mais investimentos e políticas públicas que visem atender a população que realmente precisa, aqui entra a relevância do Controle Social - não há efetiva participação da população nesses espaços de gestão. Corremos o risco de reformas constitucionais que suprimam o controle social como instrumento de gestão pública - neste governo conservador. com isso, seria mais investimento e menos corrupção garantindo assim o princípio básico do SUS de assegurar a todos os cidadãos o direito ao acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde promovidos pelo Sistema Único de Saúde, visando a um atendimento mais justo, eficaz e humano através do acesso ordenado e organizado do Sistema de Saúde pública.

Atualmente, apesar das muitas conquistas da saúde pública brasileira, desde a criação do SUS, como aumento da expectativa de vida dos brasileiros, redução da mortalidade materno-infantil, diminuíram as doenças passíveis de prevenção por vacinação e reduziram-se as mortes por doenças cardiovasculares, ampliou-se o acesso à atenção primária e à atenção às urgências, expandiu-se a assistência farmacêutica, consolidaram-se relevantes programas nas áreas da saúde mental e da saúde bucal, fortaleceram-se as ações de vigilâncias epidemiológica e sanitária também vemos por outro lado alguns retrocessos, pois as políticas de saúde são sempre subordinadas aos interesses político-partidários e a uma política macroeconômica que deixa a desejar e ainda mais, vem no sentido de retroceder como a criação da PEC 241-2016 ou chamada PEC do teto. Tal proposta pretende desvincular o percentual da receita de impostos, as despesas com educação e saúde, na prática isso quer dizer menos investimentos para a saúde e educação, Na área da saúde revogará o art. 2º da Emenda Constitucional 86/15, em vigor, que determina o repasse da União em gastos mínimos com saúde em 13,3% da Receita Corrente Líquida para 2016; 13,7% para 2017; 14,1% para 2018; 14,5% para 2019; e 15% a partir de 2020, sendo que antes era baseada no crescimento do PIB e assim determina repasses independente de aumento de doentes, e mais diminuindo o repasse para compra de medicamentos ditos de alto custo.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) a PEC nº 241, se aprovada, será um retrocesso no direito à universalidade e na qualificação da Saúde Pública e, principalmente, nos avanços que foram construídos por toda a sociedade na conceituação dos objetivos do SUS e de sua importância inequívoca para o bem-estar da população, agravando o já conhecido subfinanciamento do Sistema e não permitindo que os recursos disponibilizados à saúde sejam suficientes nem mesmo para a manutenção dos serviços que estão em funcionamento atualmente. Isso sem mencionar a necessidade da atualização dos valores praticados nas tabelas de serviços por prestadores, a compra de insumos e equipamentos, reposição salarial aos trabalhadores, além da incorporação de novas tecnologias, como em medicamentos, insumos e equipamentos, que vêm sendo incorporados frequentemente ao Sistema.

2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS

Quando se fala em humanização vários termos e sentidos tem sido adotados, mas aqui optou-se pela definição usada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003, p. 45), a qual afirma que "humanização é o grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos, que diz respeito à mudança na cultura da atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho".

Visando compreender a política de humanização do SUS, seus objetivos e diretrizes abordaremos neste capítulo o que é e como se deu o processo histórico da Política Nacional de Humanização do SUS

2.1 O QUE É A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS

Cavalcanti (2005) afirma que foi com a Constituição Federal Brasileira de 1988 que começamos a tratar dos direitos humanos fundamentais. Em seu artigo primeiro, inciso terceiro - a Carta Magna assinala, entre outros, como princípio fundamental da República Federativa do Brasil "a dignidade da pessoa humana", sendo a partir deste marco que se começa a falar em humanização. No Artigo 5º do Capítulo I, Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, destaca-se a pressuposição de igualdade e justiça entre todos, e a garantia que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza. Assegura-se ainda, aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. Além desses direitos fundamentais, também estão dispostas outras condições que compõe a dignidade humana, dentre as quais destacamos:

[...] III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante; V - é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem; VII - é assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva; X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação; L - às presidiárias serão asseguradas condições para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação; LXXVI - são gratuitos para os reconhecidamente pobres, na forma da lei: a) o registro civil de nascimento; b) a certidão de óbito [...] (BRASIL, 1988).

Nessa mesma direção e pela criação do Sistema Único de Saúde – SUS, garantido pela Constituição é que houve uma mudança significativa no conceito de saúde que dá ênfase a políticas públicas que visam garantir uma adequada qualidade de vida dos cidadãos. Baseada nessa relação foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH) com o objetivo de atender a qualificação da atenção e gestão do SUS, bem como na melhoria da relação dos e nos processos de atenção ao usuário, bem como no trabalho de gestores e trabalhadores da área.

O Ministério da Saúde (2003) se refere à Política Nacional de Humanização como uma política de qualificação do SUS e não como um programa a ser aplicado, porque o programa tem data prevista para acabar e política se torna permanente, sendo incorporada ao SUS.

De acordo com o Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, a humanização do Sistema é entendida como:

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos; Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde; Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, raça/cor, origem, gênero e orientação sexual; (fonte??)

De acordo com Scheffer (2013), a Política Nacional de Humanização parte de três princípios básicos: inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade, autonomia e protagonismo dos sujeitos. Para ele, a referida política está em constante atualização, em busca de coerência com os princípios do SUS, sendo uma política institucional construída coletivamente, envolvendo não só o governo federal, mas as instâncias estaduais e municipais. Para se efetivar a humanização é fundamental que os sujeitos participantes dos processos em saúde se reconheçam como protagonistas e corresponsáveis de suas práticas, buscando garantir a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade das ofertas em saúde.

Assim podemos resumir a PNH como uma política de reafirmação dos princípios do SUS: Universalidade, Equidade e Integralidade da Atenção à Saúde. A busca pela integralidade da atenção à saúde estimula a comunicação e uma

relação mais próxima entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento às relações de poder, que muitas vezes causam desconfortos e práticas desumanas entre os trabalhadores e usuários entre ambos.

2.2 DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS

Segundo a Cartilha da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010) foi com a "Constituição de 1988 e a criação do SUS que se ganha a universalidade, integralidade e a equidade da atenção em saúde", porém, muitos são os desafios ao se lidar com a defesa da vida e a garantia do direito, pois promover, cuidar e gerir saúde é algo desafiador. Pouco tem se visto desta política nas Unidades Básicas de Saúde e Hospitais Públicos do Brasil. Há uma redução do sentido da Política de Humanização quando os trabalhadores da saúde entendem humanizar em apenas chamar o usuário pelo nome ou sorrir sempre. A Humanização vai muito além disso. É compreender os anseios procurando dar apoio, atenção e o melhor atendimento realmente humano, diante de medos, angústias e incertezas. É assegurar apoio e atendimento de qualidade. As muitas dificuldades enfrentadas pelos usuários da saúde poderiam ser evitadas quando se ouve, compreende, acolhe, considera e respeita suas opiniões, queixas e necessidades.

A humanização da assistência a saúde, tanto para os pacientes, como para os profissionais que atuam na área da saúde tem ocupado um lugar de destaque nas atuais propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil, no sentido de alcançar maior integralidade, efetividade, acesso e qualidade (GOULART, 2010 p.34).

Para isso mudar, para acontecer a PNH é preciso investir em formação e informação dos profissionais que atuam no SUS, formação no sentido de competência na profissão, diálogo entre profissionais e usuários, informação no sentido de se respeitar horários, respeitar e se colocar no lugar do outro.

Conforme descrito na Cartilha da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010) o Ministério da Saúde reconhece os avanços e as problemáticas do cotidiano enfrentado pelos postos de atendimentos dos SUS, bem como a urgência no

aperfeiçoamento do sistema e na mudança de rumos. É de extrema necessidade a ampliação do acesso e a qualidade nos serviços de saúde.

Outro agravante neste processo de consolidação da Política de Humanização do SUS é a precarização do trabalho, a desvalorização do trabalhador, a falta de capacitação continuada e a frágil relação de vínculo com o usuário.

Para a superação das dos limites apontados e para a real efetivação, é central respeitar e seguir os princípios básicos que norteiam a PNH, os quais, segundo o Ministério da Saúde são:

Valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às reivindicações de gênero, cor/etnia, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (populações negras, do campo, extrativistas, povos indígenas, remanescentes de quilombos, ciganos, ribeirinhos, assentados, etc.); Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; Fortalecimento do controle social, com caráter participativo, em todas as instâncias gestoras do SUS; Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente; Valorização da ambiência, com organização de espaços de trabalho saudáveis e acolhedores (BRASIL, 2010, p. 34).

Assim vemos que a PNH veio justamente com a proposta de dar um apoio mais amplo e digno no atendimento oferecido pelo SUS, pois esta tem a possibilidade de inclusão das pessoas através de várias estratégias como: o trabalho de mais equipes multidisciplinares nos atendimentos e com a participação destes profissionais com formação diversificada há possibilidade de reduzir o consumo descontrolado de medicamentos, dando a oportunidade para que o paciente seja mais ouvido do que medicado. A introdução da escuta qualificada atua como parte do atendimento e conseqüentemente do tratamento. Porém, por trás disso vemos como impedimento para execução dessa política a falta de qualificação dos profissionais, alta rotatividade dos funcionários da Saúde, falta de profissionais e médicos especialistas, falta de verbas para compra de medicamentos e realização de cirurgias, poucos hospitais públicos e falta de investimentos na saúde.

Para a implementação do cuidado com ações humanizadoras é preciso valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e

gestão de instituições que oferecem serviços na área de saúde como os hospitais. É importante fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, fomentar a construção de autonomia e participação dos sujeitos, fortalecer o controle social, democratizar as relações de trabalho e valorizar os profissionais de saúde (OLIVEIRA, 2006, p.37).

Infelizmente em muitas unidades básicas do SUS o Acolhimento ainda tem sido entendido como uma prática que se limita a tratar bem o paciente no momento de atender na recepção e observamos que sua implantação tem acontecido de forma verticalizada, sem participação e discussão dos trabalhadores, e isso se torna um ponto negativo. Quanto aos pontos positivos um se destaca, já está havendo muitas discussões a respeito, cartazes informativos e o próprio Ministério da Saúde, algumas Secretarias Municipais de Saúde como do Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina estão fazendo formações para entendimento dessa política. Alguns lugares em Santa Catarina, como na Maternidade Darcy Vargas, em Joinville; Maternidade Carmela Dutra, em Florianópolis, entre outras já implantaram a PNH. Dentre as ações implementadas em tais espaços destacam-se: parto humanizado, o banco de leite, os pais podem ficar com a mãe e a criança desde o pré até o pós parto, também permitem as Doulas (A Doula é uma profissional treinada para servir a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. A função da doula é fornecer apoio emocional, físico e informativo à gestante.)

No Paraná ainda se engatinha nesse sentido, mas algumas reflexões e ações vem sendo feitas, como incentivo ao parto natural e menos cesarianas. Segue-se também o Protocolo de Manchester, baseado no método de classificação de risco no atendimento a Saúde. A partir das cores vermelha, laranja, amarela, verde e azul, se identifica a prioridade do atendimento. O vermelho indica emergência, caso gravíssimo, com necessidade de atendimento imediato e risco de morte. A cor laranja é para casos muito urgentes, graves, com risco significativo de evoluir para morte e que exige atendimento urgente. O amarelo significa urgente para casos de gravidade moderada, com necessidade de atendimento médico, mas sem risco imediato. Já a cor verde é pouco urgente, para atendimento preferencial nas unidades de atenção básica. A cor azul na classificação de risco é indicativa para casos não urgentes, com orientação para atendimento na unidade de saúde mais próxima da residência e, atenção à saúde do homem, com campanhas e exames direcionados a eles.

Também há críticas dirigidas à PNH, como afirma Deslandes (2004) que em suas pesquisas afirma que há um descontentamento por parte de profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que dizem não estarem preparados, devido a falta de cursos e recursos, verbas desviadas da Saúde, pouco investimento na Saúde Pública e na qualidade do atendimento dos usuários, se cria a política, mas não se dá condições para sua efetivação.

3 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS: UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE MATINHOS

O município de Matinhos está localizado no estado do Paraná, foi desmembrado de Paranaguá em 19/12/1968, tem uma área territorial de 116,544 km, quanto a temperatura média anual é de 19,5°C e na vegetação do município predomina a mata atlântica, com trechos de restinga a longo de sua faixa litorânea. O município destaca-se pelas suas praias situadas nos 15 balneários, que atraem milhares de pessoas na alta temporada, sendo o balneário de Caiobá o maior de todos, onde estão a Praia Brava e a Praia Mansa.

Segundo o censo de 2010, sua população estimada é de 23.357 pessoas, sendo composta de 11.399 homens e 11.906 mulheres. Matinhos possui, 15 balneários, iniciando no balneário Jardim Monções, onde faz divisa com o município de Pontal do Paraná, e vai até o famoso Balneário de Caiobá, onde faz a divisa com Guaratuba. Matinhos é palavra formada pelo termo “mato” acrescida do sufixo nominativo masculino plural “inhos”. O termo “mato” é substantivo masculino de “mata”, e origina-se do latim tardio “matta”, terreno onde medram plantas agrestes.

Origem Histórica: Matinhos, que ganhou este nome pela abundância de vegetação rasteira (restinga), típica da planície litorânea paranaense, sofreu influência sociocultural dos povoadores de Paranaguá e, posteriormente, dos de Guaratuba, por se tratar de ponto intermediário entre os dois municípios. Segundo o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social - IPARDES – (2016), quanto à questão de saúde o município tem uma taxa Bruta de Natalidade de 15,56 a cada mil habitantes.

Em relação ao número de estabelecimentos de saúde segundo o tipo de estabelecimento com dados de 2015, nota-se que Clínica especializada / Ambulatório especializado são 6, Consultórios 16, Hospital geral 1, Policlínica 2, Posto de saúde 6, Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia 2, Unidade móvel de nível pré-hospitalar - urgência / emergência 1 e quanto ao número de leitos hospitalares existentes (total, SUS e não SUS) segundo a especialidade obstétricos são no total 12.

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM MATINHOS.

Matinhos possui, segundo o Tribunal de Contas da União – 23.925 habitantes. Segundo informação do Fundo Nacional de Saúde a população é de 33.688 e segundo o censo disponibilizado pela Prefeitura Municipal de 2014 – a população em Matinhos ficou em torno de 29.428 habitantes. Por ser um município litorâneo tem um fluxo migratório e rotatividade alta, isso infere na contagem populacional, na temporada de verão há um aumento extremamente significativo na faixa de 2.000%. Uma população de 30.000 habitantes permanentes recebe uma população de 600.000 pessoas. De acordo com os dados levantados na prefeitura municipal de Matinhos e com o caderno estatístico município de Matinhos a população apresenta a seguinte configuração quanto ao sexo e faixa etária:

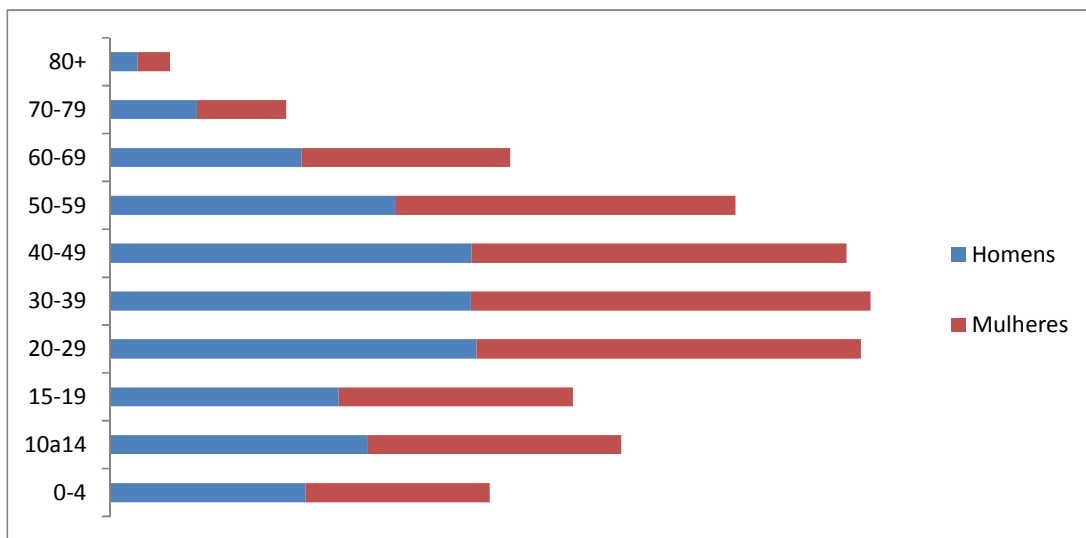
Tabela 02 - Sexo e faixa etária

Sexo e Faixa Etária	Homem	Mulher	Total
0-4	1.093	1.026	2.119
10-14	1.435	1.417	2.852
15-19	1.276	1.307	2.583
20-29	2.046	2.142	4.188
30-39	2.013	2.229	4.242
40-49	2.016	2.092	4.108
50-59	1.595	1.895	3.490
60-69	1.070	1.163	2.233
70-79	486	498	984
80+	154	182	336
Total	14.335	15.093	29.428

Fonte: Prefeitura Municipal de Matinhos (2016)

De acordo com esses dados levantados pode se notar que a população de Matinhos é composta na maioria por mulheres e considerada uma população de pessoas consideradas relativamente nova com predominância de pessoas na faixa etária entre 20 e 49 anos.

GRÁFICO 01 - POPULAÇÃO - PERFIL DEMOGRÁFICO



Fonte: a autora

Partindo de dados oficiais da Prefeitura Municipal de Matinhos acessados através da internet, quanto à declaração em relação a cor, a população encontra-se assim dividida¹:

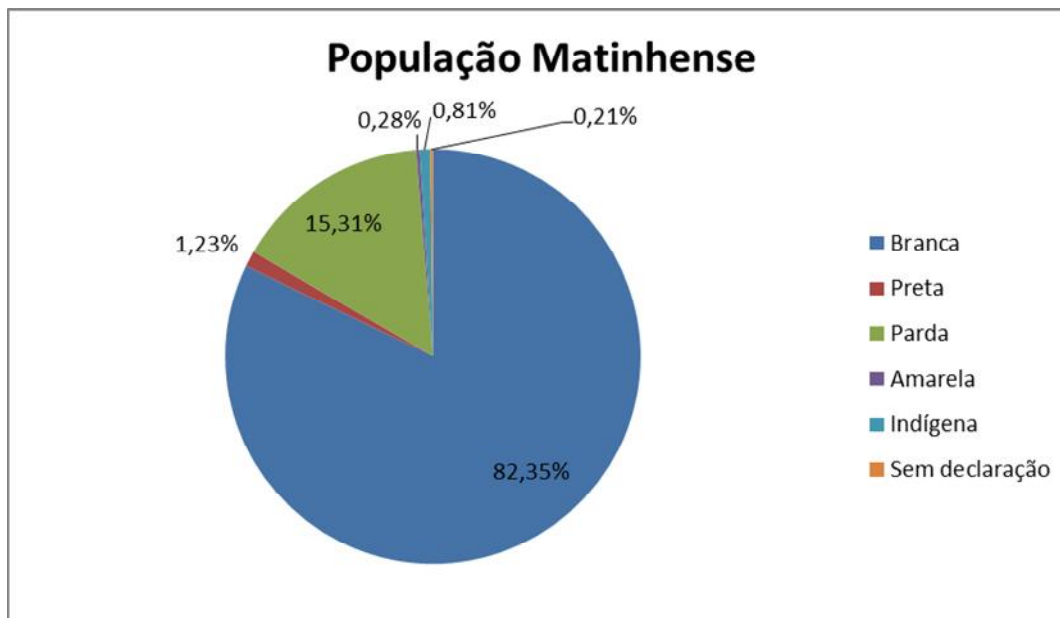
Tabela 03 - Quanto a Raça/Cor

POPULAÇÃO	QUANTIDADE	%
Branca	18.850	82,35%
Preta	372	1,23%
Parda	4.626	15,31%
Amarela	86	0,28%
Indígena	215	0,81%
Sem declaração	35	0,%

Fonte: Prefeitura Municipal de Matinhos (2016)

disponível no seguinte endereço eletrônico: <http://www.matinhos.pr.gov.br/prefeitura/dados.php>

GRÁFICO 02 - DECLARAÇÃO EM RELAÇÃO A COR



Fonte: a autora

Em relação ao número de Estabelecimentos de Saúde no Município, eles estão assim divididos:

Tabela 04 - Tipos de estabelecimentos

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
Centro de Saúde/unidade básica	1	1	0	0
Hospital Geral	1	0	0	1
Posto de Saúde	5	5	0	0
Secretaria de Saúde	1	1	0	0
Total	8	7	0	0

Fonte: Prefeitura Municipal de Matinhos (2016)

O município tem um único hospital que atende toda a população e possui uma média de 1,6 leitos para cada 1.000 habitantes cadastrados no Sistema Único de Saúde - SUS, média esta, inferior a média estadual (2,0). Considerados os leitos dos prestadores particulares, a média do município de Matinhos sobe para 1,8 leitos por 1.000 habitantes, enquanto que para o Estado esta média sobe para 2,8 ficando ainda abaixo da média do Paraná e abaixo do preconizado pela Organização

Mundial de Saúde que diz que o índice ideal é de 3 a 5 leitos para cada mil habitantes, os atendimentos realizados são de baixa complexidade, como atendimentos de emergências para curativos, partos que não tenham agravantes, aplicação de medicação injetável e os casos de alta complexidade são encaminhados para o Hospital Regional de Paranaguá.

Em relação aos profissionais com atuação pública ou privada, na rede de serviços de saúde do município de Matinhos, de acordo com o site da Prefeitura Municipal são os seguintes:

Tabela 05 - Serviços de Saúde

Categoria	Total	Atende ao SUS	Não atende ao SUS	Prof/1.000 hab	Prof/1.000 hab
Médicos	72	57	15	3,0	2,4
Anestesista	06	06	0	0,3	0,3
Cirurgião Geral	0	0	0	0	0
Clínico Geral 30	30	24	06	1,3	1,0
Gineco Obstetra	10	07	03	0,4	0,3
Médico de Família	07	07	0	0,3	0,3
Pediatra	09	05	04	0,4	0,2
Psiquiatra	01	01	0	0,0	0,0
Radiologista	02	01	01	00	
Cirurgião dentista	11	06	05	0,5	0,3
Enfermeiro	16	16	0	0,7	0,7
Fisioterapeuta	09	06	03	0,4	0,3
Fonoaudiólogo	08	08	0	0,3	0,3
Nutricionista	07	07	0	0,3	0,3
Farmacêutico	10	09	01	0,4	0,4
Assistente social	11	11	0	0,5	0,5
Psicólogo	5	5	0	0,2	0,2
Auxiliar de Enfermagem	26	26	0	1,1	1,1
Técnico de Enfermagem	25	25	0	1,0	1,0

Fonte: Prefeitura Municipal (2016)

Em relação aos dados apresentados verificamos que, de acordo com o Ministério da Saúde, o número de 3 médicos por 1.000 habitantes, é considerado baixo. Quando em comparação com o Estado do Paraná, e considerando o mesmo ano de referência, temos 4,8 profissionais por 1.000 habitantes.

3.2 A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO SUS A PARTIR DE APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS COM OS TRABALHADORES DO SISTEMA DE SAÚDE DE MATINHOS

Objetivando melhor compreensão sobre o tema, na pesquisa de campo, utilizamos como instrumento de coleta de dados um questionário com 04 questões para identificar o perfil do pesquisado e 13 questões abertas, possibilitando refletir livremente a perspectiva do sujeito entrevistado, a fim de manter a confidencialidade e sigilo, os entrevistados receberam codinomes (nome de flores) no decorrer do deste trabalho.

Em relação aos profissionais que o município conta, de acordo com o site da Prefeitura Municipal são os seguintes:

Tabela 01 - Profissionais da Saúde do Município de Matinhos

Categoria	Total	Atua no SUS	Formação			Mulheres	Homens
			Ens. Médio	Ens. Superior	Especialização		
Médicos	72	57		07	65	04	68
Anestesista	06	06		05	01	06	00
Cirurgião Geral	0	0					
Clínico Geral	30	24		10	25	04	26
Gineco Obstetra	10	07			10	02	08
Médico de Família	07	07		01	06	00	06
Pediatra	09	05			09	00	09
Psiquiatra	01	01			01	00	01
Radiologista	02	00		02		01	01
Cirurgião dentista	11	06		00	11	05	06
Enfermeiro	16	16		04	12	12	04
Fisioterapeuta	09	06		07	02	08	01
Fonoaudiólogo	08	08		03	05	06	02
Nutricionista	07	07		05	02	05	02
Farmacêutico	10	09		06	04	04	06
Assistente social	11	11		08	03	09	02
Psicólogo	5	5			05	04	01
Auxiliar de Enfermagem	26	26	15	06	05	16	10
Técnico de	25	25	20	05		21	04

Enfermagem							
Técnico em Saúde Bucal	10	10				10	00
Agente Comunitário de Saúde	25	25	24	01		22	03

Fonte: Prefeitura Municipal de Matinhos (2016)

Foram visitadas as 06 Unidades Básicas de Saúde deste município, tendo sido convidados a participar da pesquisa 25 pessoas, para as quais foram distribuídos os questionários. A escolha foi aleatória entre os funcionários/servidores das unidades saúde que estavam de serviço no momento da entrega e que aceitaram responder as questões.

Com o questionário foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi preenchido pelo participante e recolhido conjuntamente com os questionários respondidos. Do total distribuído, retornaram 15 questionários, os outros 10 foram entregues a 05 médicos, 01 dentista e 03 técnicos de enfermagem e 01 agente de saúde, os médicos e dentistas com ensino superior completo, os técnicos e o agente de saúde com ensino médio completo, a devolução se deve a serem médicos e plantonistas, que trabalham 02 vezes por semana, o que levou a não responderem, o dentista não trabalha no mesmo posto apenas estava atendendo a uma falta do dentista que atendia, os técnicos e agentes de saúde trabalham em atividades externas, sendo assim, não se encontravam nos momentos de busca dos questionários.

Dos respondentes, 09 são do sexo feminino e 06 do sexo masculino. Quanto ao universo feminino: a idade varia de 26 a 58 anos de idade. Em relação à escolaridade: 01 possui o Ensino Fundamental completo (1º grau), 05 tem o Ensino Médio (2º grau) e 03 tem o Superior completo. Destas, 03 são enfermeiras, 03 são técnicas em Enfermagem, 01 técnica em Radiologia, 01 técnica em Saúde Bucal e 01 Agente Comunitária de Saúde. O tempo de atuação nesse serviço varia de 05 a 29 anos na função, o predomínio de tempo é de 15 anos e os contratos mais antigos são de homens. As mulheres com mais tempo de serviço, de 25 e 29 anos, são as técnicas de enfermagem que iniciaram como atendentes de enfermagem e depois fizeram curso técnico e o contrato mais recente é de 05 anos que é técnica em Saúde Bucal que entrou no último concurso público.

Quanto aos entrevistados do sexo masculino: a idade varia de 26 a 52 anos de idade. Em relação à escolaridade: 05 têm o Ensino Médio (2º grau) e 01 tem o Superior completo; sendo 01 socorrista, 02 técnicos de Enfermagem, 02 Agentes Comunitários de Saúde e 01 dentista. O tempo de serviço varia de 04 a 22 anos, predominando o vínculo mais recente, pois, com mais de 15 anos são apenas 02 - 01 agente comunitário de saúde e 01 técnico de enfermagem, que estão neste posto de saúde desde que era distrito de Paranaguá, iniciando as atividades naquele município e depois vindo a trabalhar em Matinhos.

Aqui entra o texto da introdução(metodologia)

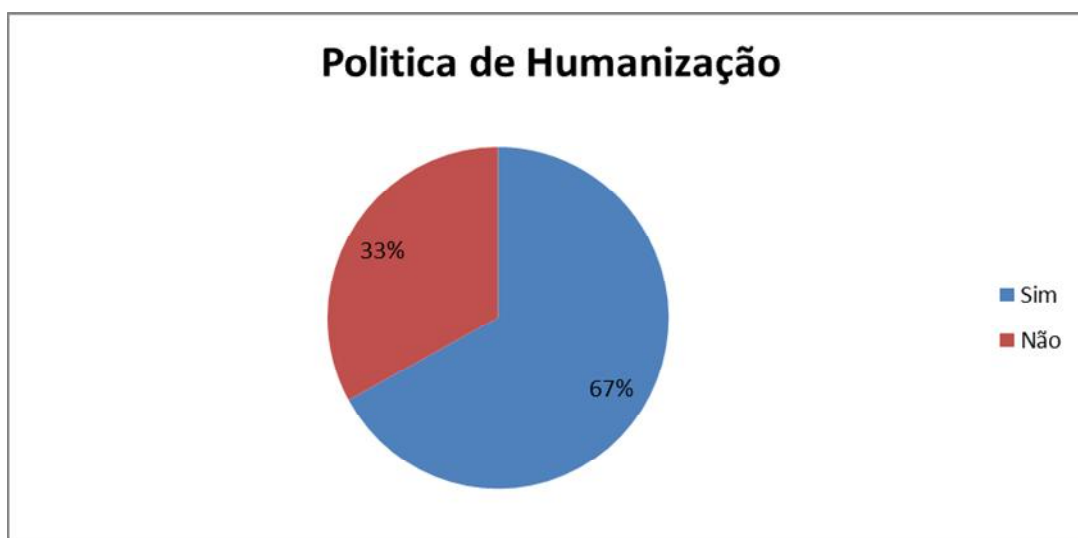
Para conhecer o que sabem os trabalhadores do Sistema de Saúde de Matinhos, foram realizadas questões abertas.

Uma primeira questão se referia sobre o conhecimento dos princípios do SUS, sendo que 01 não respondeu, 02 não sabem e 12 responderam que são: a Universalidade, Equidade, Integralidade e Descentralização, o que corresponde a atender a todos que necessitam de atendimento à Saúde em qualquer circunstância, estando de acordo com o que afirma a Cartilha da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2010), com a Constituição de 1988 e a criação do SUS, pois um não existe sem o outro, são correlacionados, conhecer o SUS, diz respeito a conhecer seus princípios e políticas nesse caso a PNH, a qual se refere a política de reafirmação dos princípios do SUS: Universalidade, Equidade e Integralidade da Atenção à Saúde.

No que se refere a questão 02, quando perguntado se já tinha ouvido falar sobre a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde, esta questão chamou atenção: 10 (dez) afirmaram já terem ouvido. Desses, 06 (seis) na faculdade e 05 (cinco) em cursos ofertados pelo SUS. Cinco (05) não conheciam e nem tinham ouvido falar. Desses, 04 (quatro) são Agentes Comunitários de Saúde e 01 técnico de Enfermagem.

Nas respostas pode-se perceber conhecimento reduzido acerca da humanização mediante ações realizadas isoladamente, observando que o conhecimento quanto à PNH não é algo comum, apesar de alguns terem vistos em cursos de formação e na faculdade, mas esse conhecimento que adquirem não acabam sendo repassadas em forma de cursos ou até conversas informais, com isso alguns não tem essa formação e informação.

GRÁFICO 03 - Conhecimento sobre a Política de Humanização



Fonte: a autora

Lembrando que um dos mais relevantes princípios da Política Nacional de Humanização é a valorização do trabalhador, e que uma das estratégias é valorizar e considerar as sugestões dadas pelos mesmos, é preciso repensar essas informações e cursos para que todos tenham conhecimento sobre a PNH. Enquanto política pública de saúde não pode ficar restrita a um pequeno universo de profissionais de saúde. Para que seja incorporada na prática da assistência à saúde, precisa sair da teoria e com isso necessita de espaços de participação, operacionalização e ampliação do debate referente a humanização do atendimento. Esta afirmação vem ao encontro das respostas de 09 servidores, os quais explicitam que ao longo do seu exercício profissional na área da saúde não foi ofertado nenhum curso sobre a PNH.

A formação que receberam está relacionada a algumas informações em cursos em outras áreas. Quanto à questão que perguntava se na instituição em que trabalha são promovidas discussões ou capacitações sobre a humanização no atendimento ao paciente, 90% (noventa por cento) responderam que não são, o que confirma que não vem acontecendo a PNH, na maioria das vezes por falta de informação e capacitação desses servidores. Isso demonstra como é urgente que se desenvolvam ações para mobilizar os trabalhadores para que saibam o que é a

humanização, o que norteia essa prática e como o profissional da saúde deve se inserir nesse processo.

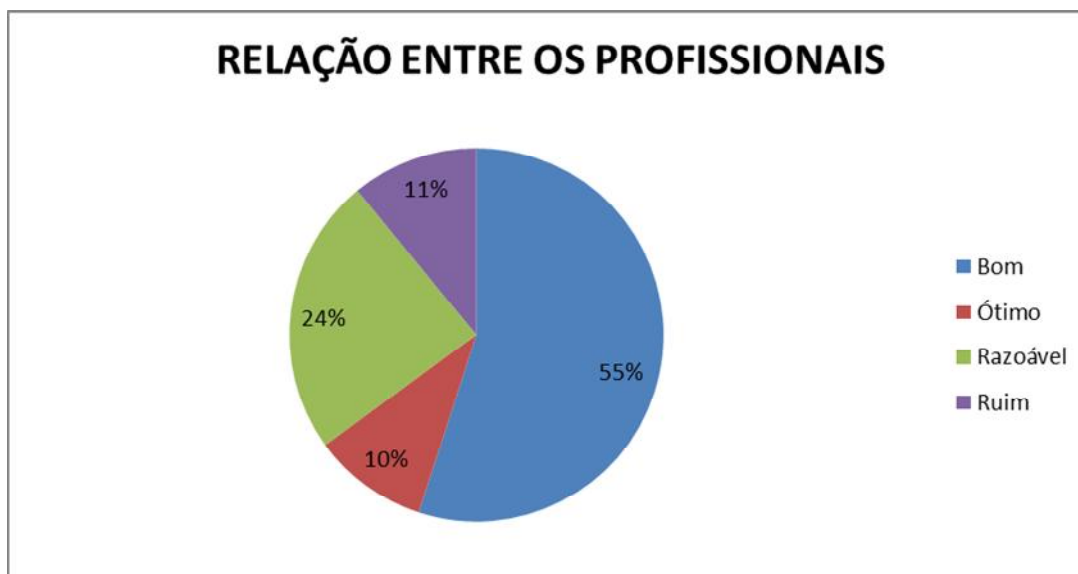
A própria Política Nacional de Humanização (PNH) o Humaniza SUS, criada em 2004 pelo Ministério da Saúde, reconhece em seu marco teórico-político as deficiências e dificuldades de treinamento e qualificação dos profissionais de saúde, "o quadro se complica ainda mais quando também verificamos que o modelo de formação dos profissionais de saúde mantém-se distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde" (BRASIL, 2004, p.23). Com isso se vê que não vem sendo cumpridos um dos princípios norteadores da PNH, que cita o compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais da saúde, estimulando processos de educação permanente.

Quanto à questão da relação entre os profissionais da unidade de Saúde na qual trabalham, 10% (dez por cento) responderam que o relacionamento é ótimo, trabalha-se em equipe. Responderam que é bom, harmônico, e há respeito mútuo, 55% (cinquenta e cinco por cento). Outros 24% (vinte e quatro por cento) responderam que não é muito bom, com muitos conflitos no trabalho do dia a dia e que há falta de entendimento. E, por fim os demais 11% (onze por cento) afirmam que é ruim, com pouca interação.

Souza (1999) cita que uma forma de melhorar o relacionamento coletivo é investir na obtenção de comunicação clara e eficaz, deixando claro a importância de cada um no atendimento ao paciente e quem necessitar de atendimento, bem como, com os colegas que trabalham, porque uma boa relação interpessoal auxilia para se ter qualidade na assistência. Nesse sentido a comunicação ocupa um papel primordial em qualquer equipe interdisciplinar, com o uso positivo da comunicação e do diálogo, o grupo deixará de ser um pequeno aglomerado de profissionais trabalhando junto para ser uma equipe de trabalho, integrada, onde todos ganham inclusive quem precisar dessa equipe.

O processo de humanização pressupõe uma satisfação mútua, tanto de quem presta o serviço como de quem recebe, assim, engloba a participação de todos, por isso a valorização do profissional de saúde e a satisfação é imprescindível ao sucesso do processo de humanização.

GRÁFICO 04 - Relação entre os profissionais da Saúde



Fonte: a autora

Pitta (1999) afirma que os profissionais de saúde, por serem os prestadores, precisam refletir sobre sua postura individual no ambiente de trabalho, primando assim pelo lado humano, assim melhorando o relacionamento coletivo e assim começando a entender e a fazer a humanização.

Quanto a relação dos médicos com os usuários, 01 não respondeu. Dentre os que responderam, estas foram positivas, afirmam que há um bom relacionamento entre os médicos, dentistas com os usuários. Lembrando que segundo Brasil (2004) é no eixo de gestão do trabalho que a PNH tem a pretensão de fortalecer e valorizar os trabalhadores, sua motivação, auto desenvolvimento e crescimento profissional. Por tal razão, é preciso se repensar cursos e formação a todos os servidores da Saúde.

Quanto à questão sobre o que entendem por um atendimento humanizado, as respostas foram unânimes, 100% (cem por cento) deles, acreditam que na prática, entendem o que é fazer um atendimento voltado para a humanização. Destaca-se que quando questionados quanto aos benefícios do programa de humanização responderam: proporcionar atendimento mais rápido, menos filas, enfermeiros e equipe médica capacitada, acolhimento, orientação através de encontros para a população, melhor acesso ao SUS, melhor atendimento, esclarecimentos dos

direitos.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, com o intuito de preservar a identidade anônima dos funcionários da Saúde, optou-se por dar um codinome de flor a cada entrevistado, assim muitos responderam com Expressões literais como “um atendimento humanizado é tratar o paciente como ser humano e não como um numero” (Rosa), "se respeitando o ser humano como um todo e não como um órgão a ser tratado, se colocar no lugar do outro" (Margarida), "compete a nós profissionais da saúde promover um bom atendimento aos usuários visando seus direitos independente da cor, raça, idade ou classe social" (Petúnia), vindo ao encontro do que é humanizar para Rech (2003) que “é tratar as pessoas levando em conta seus valores e vivências como únicos, evitando quaisquer formas de discriminação negativa, de perda de autonomia, enfim, é preservar a dignidade do ser humano” (2003, p.45).

Identifica-se que as respostas também são na mesma direção do que consta na Constituição Federal de 1988, ou seja, de que todos têm direito a saúde. A criação da Política Nacional de Humanização veio a somar, a partir desta concepção, "a PNH tem como objetivo propiciar um atendimento a todos com qualidade" (BRASIL, 2004), uma vez que o ser humano sente-se querido e acolhido se sente melhor. Ou seja, o serviço de saúde que atende o usuário respeitando sua subjetividade e se mostrando preocupado pela causa, gera um grau de confiança no usuário, que por sua vez, fica despreocupado, tornando a cura mais fácil e rápida, minimizando o número de consultas, possibilitando a priorização de outras demandas.

Quanto á questão se há preocupação das equipes no que tange ao atendimento-acolhimento do paciente, pudemos notar a partir das respostas que mesmo não sabendo que há a PNH, é evidente a preocupação com o usuário. Tanto em chamá-lo pelo nome, em não o deixar muito tempo esperando em fila, o que representa coerência com os princípios formadores da PNH que são:

O direito do paciente de ser identificado pelo nome, saber quem o está atendendo, quais são os procedimentos a que ele será submetido. Ser esclarecido sobre o seu estado de saúde, sobre as ações diagnósticas e terapêuticas, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização de sua patologia, se existe necessidade de anestesia, qual o instrumental a ser utilizado e quais regiões do corpo serão afetadas pelos procedimentos. De consentir ou recusar procedimentos ou tratamentos (BRASIL, 2006, p.35).

A maioria relata que tenta acolher o usuário da melhor forma possível, respeitando a todos, mesmo com as limitações que as unidades de Saúde possuem, onde os mesmos procuram sempre, colaborar, estimulando a reflexão e a troca de informações sobre a população atendida, de modo a facilitar sua avaliação e evolução clínica, bem como o aperfeiçoamento das propostas para os problemas da comunidade por parte de todos os profissionais da equipe de saúde.

Quanto à questão sobre os desafios para a implantação e fatores que impediriam um atendimento mais humanizado no âmbito da saúde, muitas foram as respostas. Dentre aquelas que destacam desafios, estes são, a necessidade de contratação de mais prestadores de serviços, espaços físicos mais adequados ao atendimento dos usuários, materiais suficientes para a realização dos procedimentos. Entretanto, 100% (cem por cento) dos entrevistados citam que o desafio seria a proposição de mais cursos na área, para todos os setores sobre o que é Política Nacional de Humanização e a aplicabilidade em todos os setores da Saúde.

Com isso, pode se afirmar que, são as pessoas que representam as instituições de Saúde em Matinhos, ao mesmo tempo, demonstraram nesta pesquisa suas expectativas, desejos, também as frustrações, mas fica claro que para acontecer a PNH é preciso o investimento em recursos humanos, em cursos de formação pois, o trabalhador da saúde não é, e nem pode ser um mero expectador, ele é protagonista, que recebe o usuário, quem está na linha de frente do atendimento ao usuário, sob esta ótica para que se aplique esta política é necessário o conhecimento e o envolvimento de todos os profissionais da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa procurou-se analisar a Política Nacional de Humanização sob o olhar dos profissionais da área da saúde no município de Matinhos/PR, sendo enfatizada a atuação profissional, vivências e contribuições pessoais destes. A finalização deste estudo foi uma grande conquista da minha área profissional, porque exigiu muito estudo, muita dedicação, pesquisa e disponibilidade dos funcionários da Saúde em responder ao questionário, bem como, foi a conclusão de mais uma etapa da minha vida. Mas ao mesmo tempo foi enriquecedor pois por meio dele foi possível perceber que os funcionários da Saúde, muitas vezes, não conhecem na teoria o que é a PNH mas que já tentam atender os usuários da forma mais humana possível. Ao realizar a coleta de dados, pode se perceber como os profissionais tem vontade de aprender e executar a PNH mas nem sempre tem conhecimento, treinamento e recursos para o desenvolvimento satisfatórios de suas ações. A pesquisa bibliográfica permitiu maior aprofundamento sobre o tema, partindo do princípio do conhecimento do SUS, desde sua criação até os dias atuais, perpassando assim a PNH, visto que ela surge como uma proposta pelo SUS, assim este trabalho como um todo, possibilitou adquirir embasamento teórico e prático tão importante sobre o levantamento das informações necessárias para a carreira que começa a se concretizar. Também foi possível inferir, com a pesquisa de campo, as limitações identificadas no processo de implementação da PNH no município de Matinhos. Após a realização da pesquisa de campo se pode perceber que as dificuldades na implantação de tal política podem ser superadas/corrigidas, com cursos, mais formações e informações a todos os profissionais da saúde.

Este estudo teve suas limitações, uma delas foi o número reduzido de participantes, pois a grande parte dos servidores não trabalha todos os dias, fazem plantões, mudam de horário o que dificultou um pouco a aplicação do questionário, mas ao mesmo tempo foi gratificante conhecer e entender um pouco sobre o que pensam e como atuam tais profissionais. Contribuiu muito, pois foi possível entender que a grande responsabilidade pela desumanização do atendimento não está nos servidores, mas na gestão da política que não amplia a rede de atendimento, órgãos públicos que não constroem nem investem em novos equipamentos de saúde. Mas ao mesmo tempo se observa a importância da Política Nacional de Humanização sob o olhar dos profissionais da saúde de Matinhos, para assegurar os direitos, tanto

de profissionais quanto de usuários da saúde pública.

Assim, espera-se oportunizar aos profissionais a possibilidade de reflexão sobre o compromisso de todos com a Política Nacional de Humanização, com a capacitação e formação desses profissionais, ainda há muito o que explorar sobre esse tema, como fortalecer os vínculos da Universidade e de profissionais da Saúde, mas o primeiro passo foi dado com este trabalho.

REFERÊNCIAS)

AROCENA José. **Propostas para uma Gestão Pública Municipal Efetiva**. Rio de Janeiro, 1989.

ARRETCHE, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.8, n.2, p.331-345, 2003.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. 11. ed. São Paulo: Ática, 2008.

BIGARELLA, J. J. **Matinhos: Homem e Terra** Reminiscências. Prefeitura Municipal de Matinhos / Fundação João José Bigarella. Matinhos, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Brasília, 2009

BRASIL, Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: desafios e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Previdência Social. **Eloy Chaves: precursor da previdência social no Brasil**. Departamento Nacional de Previdência Social, Divisão de Divulgação e Intercâmbio. Composto e Impresso na Gráfica do IAPB, divulgação n. 15, 1965.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>> Acesso em 23/08/2016.

BRASIL. **Lei nº 8.080/90**. Brasília: Diário Oficial da União, 1990. (BRASIL, 1990a)

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>> Acesso em 23/08/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS**. Brasília: IEC, 1994.

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. 60p.: il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção (**Cadernos Humaniza SUS**) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. - Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Conferências de Saúde ao longo da história**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26506>. Acesso em: 11 agosto de 2016

BRASIL. **Decreto nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923 – Lei Eloy Chaves**. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>> . Acesso em: 01/07/2016.

CAVALCANTI, F.L. **Democracia e autoritarismo no campo da saúde**: interrogando as contribuições da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2009.

_____ Projeto de qualificação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2005.

CONASS (<http://www.redehumanizaus.net/91287-colecao-sobre-o-sistema-unico-de-saude-esta-disponivel-para-download/> (O QUE FOI ACESSADO DESTE SITE;)

CORDEIRO, Antonio. **Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania**: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: Fleury, Sonia (org.). Saúde e Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1991

CORREIA, Marcus Orione Gonçalves. **Curso de Direito da Seguridade Social**. 2ª edição. São Paulo: Saraiva, 2002.

COSTA, Victoria CG. O que é "um problema de saúde pública"? **Rev Bras Epidemiol** 1985. 9(1): 144-6.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**. 9 (1): 07-14, 2004

DINSDALE GB, Manson DB, Schmidt F & Strickland T2000. **Metodologia para medir a satisfação do usuário**: desfazendo mitos e redesenhando roteiros. Brasília, ENAP, No20.

DOIMO, A. M. **A vez e a voz popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-1970**. Rio de Janeiro: Anpocs, 1995.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Editora Positivo. Curitiba: 2009.

FINKELMAN, J., org. Caminhos da saúde no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. encontrado em <http://www.atric.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>. acessado em 10 de novembro de 2016.

FLEURY, Sonia. **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

GOULART, B. M. G. de; CHIARI, B. M. **Humanização das práticas do profissional de saúde** - contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1):255-268, 2010.

GOULART, F. A. A. **Distritalização e Responsabilidade Sanitária**. Brasília, 1991. <http://bvsarouca.iciict.fiocruz.br/sanitarista05.html>, acesso em 02/10/2016.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v1_3ed.pdf, acesso em 15/04/2016.(OQUE FOI CONSULTADO)

<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>, acesso em 16/04/2016.(O QUE FOI CONSULTADO)

<http://www.cebex.org.br/media/file/saaudeemdebate81.pdf>, acesso em 28/04/2016.(O QUE FOI CONSULTADO)

PARANÁ. Instituto.....IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **CaDERNO ESTATÍSTICO MUNICÍPIO DE MATINHOS**, Novembro 2016.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec/ Abrasco, 1993.

MERHY, Emerson Elias. **O ato de cuidar**:: a alma dos serviços de saúde? Campinas, maio, 1999

OLIVEIRA, B.R.G.; COLLET, N.; VIEIRA, C.S. A humanização na assistência a saúde. *Rev. Latino-americana de enfermagem*, 2006 março - abril; 14 (2): 277-84.

PITTA, A.M.F. **Hospital**: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec, 1999

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. São Paulo: 2008

RECH C. M. F. **Humanização hospitalar**: o que pensamos tomadores de decisão a respeito? São Paulo 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

SAÚDE PÚBLICA DE MATINHOS;

<http://www.matinhos.pr.gov.br/prefeitura/pdf/planejamento/Diagnostico.pdf> acessado em 20 de maio de 2016.

SCHEFFER, Mario. **Sistema Único de Saúde, 25 anos**. Cad. Saúde Pública vol.29 no.10 Rio de Janeiro out. 2013

SOUZA, A . S. A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. Revista de Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora, v.1, n.2, p.10-14, mar./jun. 1999

TAVARES, Marcelo Leonardo. **Direito Previdenciário**, 4ª edição, Rio de Janeiro, Luen Juris, 2002.

TEIXEIRA, S. M. F. & OLIVEIRA, J. A. A. **Previdência Social**: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes/ Abrasco, 1985.

APENDICE 1**QUESTIONÁRIO (use o verso para responder, se for o caso)**

1. Sexo: _____

2. Idade: _____

3. Escolaridade: 1º grau, 2º grau, 3º grau. _____

4. Profissão: _____

5. Trabalha da área da Saúde desde que ano? _____

6. Exerce qual atividade? _____

7. Como servidor da área da Saúde você saberia dizer quais são os princípios do SUS?

8. Já ouviu falar sobre a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde? Sim/Não. Em qual ocasião?

9. Ao longo do seu exercício profissional na área da Saúde lhe foi ofertado algum curso-capacitação sobre a Política Nacional de Humanização do SUS? Sim/Não. Quando?

10. Na instituição que você trabalha são promovidas discussões ou capacitações sobre a humanização no atendimento paciente?

11. O que você entende por um atendimento humanizado?

12. Em sua opinião o atendimento aos usuários da Saúde se dá de forma humanizada? Sim/Não. Por quê?

13. Quais são os desafios para a implantação de um atendimento mais humanizado na Saúde?

14. Como você vê a relação entre os profissionais da sua unidade de Saúde?

15. E a relação dos médicos com os usuários?

16. Há uma preocupação das equipes no que tange ao atendimento-acolhimento do paciente? Sim/Não. Por quê?

17. Que fatores impediriam a implantação de um atendimento mais humanizado no âmbito da Saúde?

APENDICE 2

CÂMARA DE GRADUAÇÃO DO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma dela é sua e outra é do(a) pesquisador(a).

Título do projeto: A Política Nacional de Humanização do SUS

Acadêmica responsável: Neiva dos Reis

Telefone: (41) 9919-4005/3452-1345

Orientadora: Profº Antonio Sandro

Telefone: (41) 3511-83.20

O Objetivo desta pesquisa é coletar dados sobre Política Nacional de Humanização do SUS junto aos trabalhadores da saúde no município de Matinhos-PR.

A sua participação na pesquisa consiste em responder um questionário apresentado pela acadêmica, sem qualquer prejuízo ou constrangimento para o(a) pesquisado(a). Os procedimentos aplicados nesta pesquisa não oferecem risco a sua integridade moral, física, mental ou efeitos colaterais. As informações obtidas através da coleta de dados serão utilizadas para alcançar o objetivo acima proposto, e para a composição do relatório de pesquisa, **resguardando sempre sua identidade**. Caso não queira mais fazer parte da pesquisa, favor entrar em contato pelos telefones acima citados.

Concordo que o material e as informações obtidas possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____ CPF _____
_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela acadêmica-pesquisadora sobre a pesquisa e, os procedimentos nela envolvidos, bem como os benefícios decorrentes da minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Local: _____ Data ____/____/____.

Nome e assinatura do sujeito participante
