

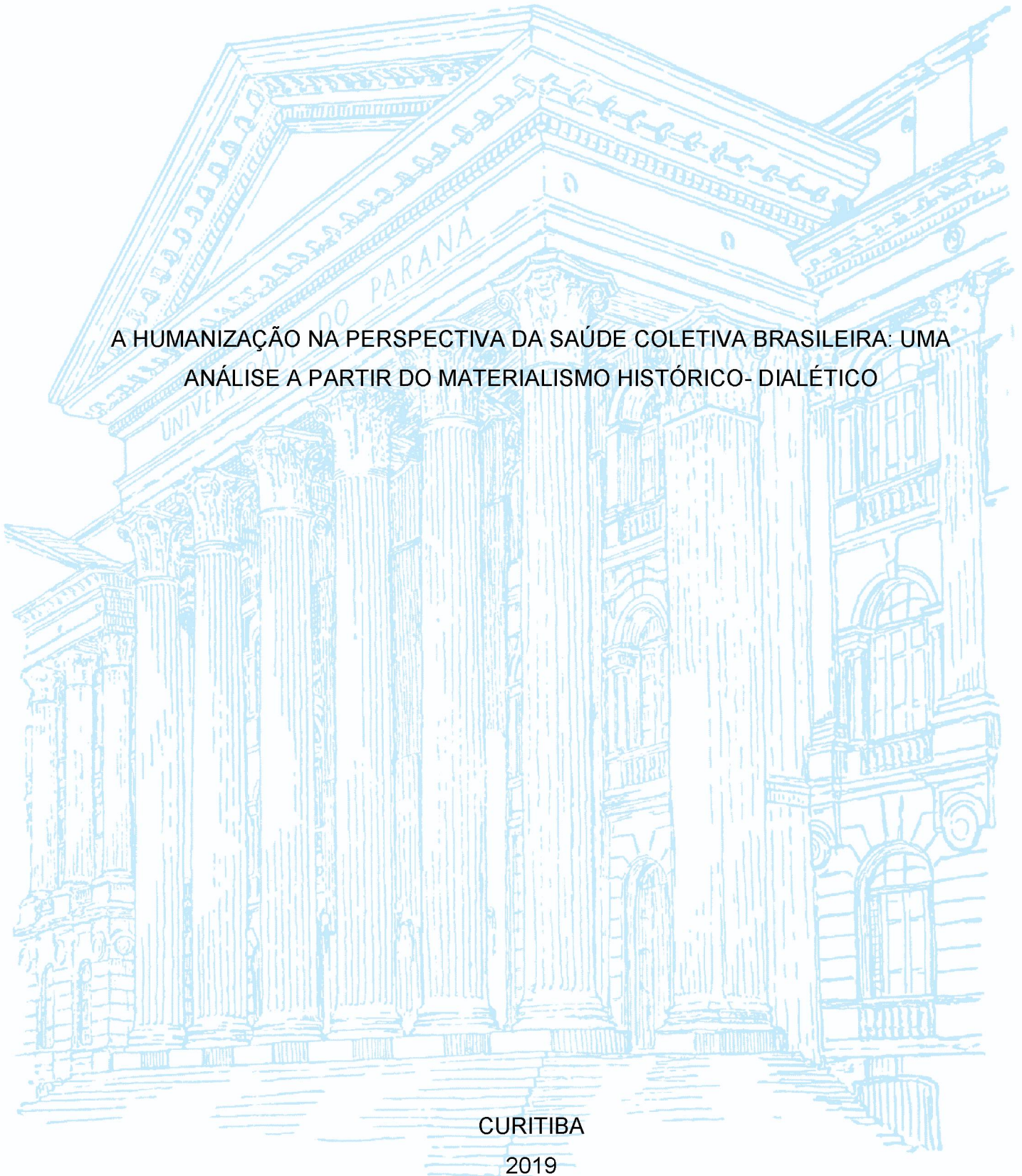
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MAUREN LETÍCIA ZIAK

A HUMANIZAÇÃO NA PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA BRASILEIRA: UMA
ANÁLISE A PARTIR DO MATERIALISMO HISTÓRICO- DIALÉTICO

CURITIBA

2019



MAUREN LETÍCIA ZIAK

A HUMANIZAÇÃO NA PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA BRASILEIRA: UMA
ANÁLISE A PARTIR DO MATERIALISMO HISTÓRICO- DIALÉTICO

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Guilherme Albuquerque

Coorientador(a): Prof(a). Dr(a). Rogério Gomes

CURITIBA

2019

Z64

Ziak, Mauren Letícia

A humanização na perspectiva da saúde coletiva brasileira: uma análise a partir do materialismo histórico-dialético [recurso eletrônico] / Mauren Letícia Ziak. - Curitiba, 2019.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2019.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque.

1. Desumanização. 2. Humanização da assistência. 3. Saúde pública. I. Albuquerque, Guilherme Souza Cavalcanti de. II. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

NLMC: WA 300 DB8

Catálogo na fonte elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UFPR, Biblioteca de Ciências da Saúde – SD, com os dados fornecidos pelo autor.
Bibliotecário: Francisco José Cordeiro CRB9/1734



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA -
40001016103P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **MAUREN LETICIA ZIAK** intitulada: **A humanização na perspectiva da Saúde Coletiva brasileira: uma análise a partir do materialismo histórico-dialético**, que após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 03 de Setembro de 2019.

ROGÉRIO MIRANDA GOMES

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

MARIA MARTÁ NOLASCO CHAVES

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

MANOELA DE CARVALHO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ)

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professores Guilherme Albuquerque, bem como ao meu co-orientador, Rogério Gomes, por todo o tempo, dedicação e engajamento que dispenderam neste projeto, e pelo conhecimento compartilhado.

À bibliotecária coordenadora da Biblioteca de Ciências da Saúde, Cristiane Sanchez, pelo auxílio prestado na concepção e na escolha da melhor estratégia metodológica de busca para a revisão deste artigo.

Às professoras Maria Marta e Manoela Carvalho, membros das bancas de qualificação e defesa deste trabalho, cujas contribuições foram importantes para a organização desta dissertação.

Aos amigos, que sempre me incentivam e me apoiam de diversas maneiras, em especial Jairo V. Pinto e Vitor Dias, não somente pelo auxílio na concepção e execução metodológica deste artigo, mas também pelas discussões constantes ao longo de todo o trabalho. Agradeço também à Mariana e Carlos pela ajuda e carinho.

À minha mãe, pelo apoio e afeto sempre presentes.

A realidade social, como toda realidade, é infinita. Toda ciência implica opção.

(Michel Löwy, *As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Munchhausen*, p. 203)

RESUMO

A temática da humanização tem sido muito presente na área de saúde, sobretudo na Saúde Coletiva, designando uma diversidade de diretrizes e práticas de gestão e organização do cuidado. Porém, esse termo é permeado por importante polissemia, levando a distintas maneiras de se conceber e planejar práticas humanizadoras e necessitando de estudo e compreensão das suas diferentes concepções. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo geral identificar e analisar as concepções de humanização predominantes na saúde coletiva brasileira, alicerçado no método materialista histórico dialético. A metodologia envolveu uma revisão sistematizada qualitativa da produção científica sobre o tema na Saúde Coletiva brasileira, na qual foram utilizados os descritores (“humanization of assistance” OR “humanization”) AND (“public health” OR “social medicine” OR “community medicine” OR “community health”) em 4 portais de busca: Lilacs, Bdenf, Scielo e Pubmed. Foram selecionados 86, sendo submetidos à análise de conteúdo. Observou-se um predomínio de discussão no âmbito das relações interpessoais, com a imensa maioria dos artigos não aprofundando questões determinantes da desumanização na saúde coletiva, como condições de trabalho dos trabalhadores do SUS, o subfinanciamento da saúde que deteriora a saúde pública, e a alienação dos processos de trabalho em saúde no capitalismo.

Palavras-chave: Humanização. Humanização na Assistência. Desumanização. Marxismo. Saúde coletiva.

ABSTRACT

The discussion about humanization has been very present in the health field, especially in Public Health, designating a diversity of guidelines and practices of both management and organization of the healthcare. However, this term has an important polysemy aspect, leading to different ways of conceiving and planning humanizing practices, and therefore needing the study and understanding of its different conceptions. In this sense, this study aimed to identify and analyze the predominant conceptions of humanization in Brazilian Public health, based on the dialectical historical materialist method. The methodology involved a qualitative systematized review of the scientific production about the subject in the Brazilian Public Health field, in which the descriptors (“humanization of assistance” OR “humanization”) AND (“public health” OR “social medicine” OR “community medicine”) were used in 4 search databases: Lilacs, Bdenf, Scielo and Pubmed. 86 articles were selected and submitted to content analysis. There was a predominance of humanization discussion regarding the context of interpersonal relations, with the vast majority of articles not deepening the determinant issues of dehumanization in public health, such as labour conditions of SUS workers, the underfunding of the health system that deteriorates public health, and alienation of health work processes in capitalism.

Key words: Humanization. Humanization of Assistance. Dehumanization. Marxism. Public Health.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	10
2. INTRODUÇÃO	15
2.1 A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL JUSTIFICATIVA	15
2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	20
3. REFERENCIAL TEÓRICO, MÉTODO E METODOLOGIA DE PESQUISA	27
3.1 MÉTODO E REFERENCIAL TEÓRICO	27
3.2 METODOLOGIA.....	29
4. A HUMANIZAÇÃO SEGUNDO O MATERIALISMO HISTÓRICO-DIALÉTICO ...	34
4.1 O SIGNIFICADO DE HUMANIZAÇÃO NO CAMPO DO MARXISMO.....	34
5. RESULTADOS.....	45
5.1 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	45
5.1.2 ANO DAS PUBLICAÇÕES.....	45
5.1.3 OS TIPOS DE ESTUDO.....	46
5.1.4 OS TIPOS DE PERIÓDICOS	49
5.1.5 TEMÁTICAS DOS ARTIGOS	52
5.1.6 CONCEITUAÇÃO DE HUMANIZAÇÃO	53
5.1.7 ASPECTOS DE HUMANIZAÇÃO	55
6. DISCUSSÃO	68
6.1 ASPECTOS GERAIS	68
6.2 OS CONCEITOS DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE COLETIVA BRASILEIRA....	71
6.2.1 AS TRÊS DIMENSÕES DA HUMANIZAÇÃO	72
6.3 SUBFINANCIAMENTO: IMPORTANTE RAIZ DA DEGRADAÇÃO DO SUS.....	81
6.4 ACUMULAÇÃO FLEXÍVEL E NEOLIBERALISMO: FORMAS ATUAIS DE DEGRADAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	91
6.5 OS EFEITOS DO ESTRANHAMENTO SOBRE A DESUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	100
6.6 O PAPEL DA PÓS-MODERNIDADE NAS CONCEPÇÕES HEGEMÔNICAS DE HUMANIZAÇÃO.....	110
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS.....	118

1. APRESENTAÇÃO

Tem sido marcante o descontentamento da população com os serviços de saúde, sendo a queixa de desumanização uma das mais frequentemente veiculadas pela mídia quando se problematiza o Sistema Único de Saúde brasileiro - SUS (PASCHE, 2011).

As discussões sobre humanização no contexto brasileiro tiveram seu início já na década de 1950 (DESLANDES, 2005; DINIZ 2005), com o movimento feminista de luta pelos direitos das mulheres, em especial na demanda pela reforma no modelo assistencial ao parto. A necessidade de mudança no modelo assistencial de saúde no Brasil já estava em pauta desde a década de 1970, com o início do movimento da Reforma Sanitária (RIZZOTTO, 2002; DESLANDES, 2005; PASCHE, 2005), no qual as críticas ao modelo biomédico positivista já começavam a ser sistematizadas, questionando a ausência de medidas de promoção e prevenção à saúde, bem como problematizando o aspecto desumanizado da saúde, tanto em relação ao acesso dos usuários, quanto pelo uso constante de tecnologias em detrimento de um bom vínculo ou tecnologia relacional (RIZZOTTO, 2002).

Apesar de a humanização na saúde estar em pauta desde o início do movimento político da Reforma Sanitária, seu caráter caritativo ou messiânico foi superado, no Brasil, somente a partir dos anos 1990, com o processo de redemocratização do país. Com o fim da ditadura civil-militar, a nova república teve início com a constituição de 1988, culminando, na área da saúde, com a criação do SUS, através das leis orgânicas 8.080/90 e 8.142/90. Este novo projeto político do país passou a considerar a saúde como um direito universal e inalienável dos cidadãos brasileiros, trazendo à tona a necessidade de uma organização dos serviços de saúde que respeitasse o direito dos usuários e a qualidade da atenção (DESLANDES, 2005), no sentido da universalidade, integralidade e igualdade, os principais princípios norteadores do então novo sistema de saúde brasileiro.

Desde então, a temática da humanização tem surgido nos debates sobre a saúde pública e, ultimamente, tem ganhado maior espaço de discussão no final do século XX e início do século XXI, tanto no ambiente acadêmico, quanto nos próprios serviços de saúde, visando mudanças no modo de produzir saúde. Sobre os aspectos desumanizantes pautados em tais discussões, é possível destacar três eixos

temáticos principais: as condições precárias de trabalho, somadas à dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte de usuários; a influência do positivismo biomédico na organização dos serviços de saúde; e o uso da tecnologia como substitutivo da relação profissional-paciente (DESLANDES, 2005). Estes três itens são, portanto, o foco de problematização das discussões sobre a desumanização na saúde brasileira.

Neste processo, foi criada em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS. A implementação desta política no SUS trouxe a possibilidade de amplo debate sobre o significado de humanizar os serviços, surgindo com o objetivo central de melhorar a qualidade do cuidado em saúde, bem como articular ações de humanização no SUS, propondo mudanças para as problemáticas de organização e gestão do trabalho que contribuem para a desumanização (PASCHE, 2001). Através desta política, esperava-se que os princípios do SUS fossem colocados em prática através dos novos princípios balizadores da humanização, que consistem em transversalidade em todos os eixos da organização do serviço de saúde, inseparabilidade entre atenção e gestão do SUS e aumento de autonomia e protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2008). Nota-se, portanto, que a PNH almeja a promoção de melhorias na organização dos serviços e na atitude dos trabalhadores, usuários e gestores de saúde, tornando possível a humanização na saúde.

A partir da implementação desta política, as discussões sobre humanização têm sido amplamente fomentadas e uma variedade de aspectos importantes concernentes à saúde tem sido colocada exaustivamente em pauta nas pesquisas acadêmicas no Brasil. A expectativa é que, através desta busca de humanização nos serviços, balizando-se pela política nacional, se possa definitivamente alcançar o SUS que dá certo.

Um aspecto marcante sobre a humanização na saúde diz respeito à polissemia do termo (DINIZ, 2005; DESLANDES, 2005; SOUZA, 2009). Por possuir uma multiplicidade de significados, amparados em distintas tradições teóricas e filosóficas, o termo “humanização” é permeado por uma variedade de interpretações nas múltiplas pesquisas e múltiplos estudos acadêmicos realizados recentemente, fato que pode culminar em confundimento na interpretação das propostas apresentadas (SOUZA, 2009), visto que dois autores podem utilizar o mesmo termo, porém sem

possuírem os mesmo significado, ou seja, sem abordar o mesmo conceito, apesar de usarem a mesma palavra. Isto é decorrente do uso de arcabouço conceitual divergente, e conceitos distintos fazem com que os aspectos considerados humanizadores também possuam divergências entre si, visto que diferentes visões de mundo levam a diferentes problematizações e distintas propostas de resolução.

A partir desta constatação polissêmica do conceito de humanização, emergiu **o objeto deste estudo**: compreender das diferentes concepções de humanização presentes no campo da Saúde Coletiva brasileira e suas consequências para a promoção de humanização na saúde. Para isso, além da análise dos conceitos, fez-se necessário identificar as práticas ou elementos sugeridos pelos autores como promotores de humanização, visto que as práticas estão intimamente conectadas à forma como os autores consideram conceitualmente o ato de humanizar.

Partimos **da hipótese** de que, não obstante os avanços em uma compreensão mais ampliada da humanização nas últimas décadas, a maior parte da produção científica da saúde coletiva brasileira ainda restringe a análise dos processos desumanizadores, e as propostas práticas de enfrentamento, ao âmbito interpessoal e individual. Ao desconsiderarem as determinações maiores – econômicas, políticas e sociais - da desumanização das práticas e serviços de saúde, ou seja, o seu aspecto macroestrutural e coletivo, a maior parte dos estudos adquire a característica de foco em atitudes pessoais e individuais, com uma visão essencialista e a-histórica das ações humanas, com repercussões culpabilizadoras sobre os trabalhadores da saúde.

Deste modo, o **objetivo principal** do estudo foi analisar as principais concepções de humanização presentes na produção científica da Saúde Coletiva brasileira.

Para isso, os seguintes **objetivos específicos** foram estabelecidos:

- i) examinar as principais concepções de humanização predominantes na produção acadêmica brasileira no campo da Saúde Coletiva;
- ii) discutir o conceito de humanização a partir do referencial teórico do materialismo histórico dialético;
- iii) interpretar as principais propostas de humanização na produção científica da Saúde Coletiva brasileira, apontando suas potencialidades e limites a partir da concepção materialista histórico dialética de humanização.

A **base teórico-metodológica** utilizada neste trabalho consiste no materialismo histórico dialético, sendo a concepção marxista de humanização o ponto de partida para compreensão deste processo e seus desdobramentos na organização dos serviços de saúde.

A **metodologia** escolhida foi um estudo teórico, tendo como técnica de produção de dados secundários uma revisão sistemática qualitativa da produção científica sobre o tema na Saúde Coletiva brasileira. Os artigos obtidos por meio dessa revisão foram submetidos à análise de conteúdo subsidiadora das análises e discussões.

Quanto à estrutura do trabalho, no capítulo 2, realizamos um resgate histórico sobre o tema da humanização e desumanização dos serviços de saúde, remontando ao seu surgimento, suas raízes e à evolução dessa temática a partir da reforma sanitária brasileira e da criação da PNH.

O delineamento do método e da metodologia empregadas no trabalho encontra-se explicitado no capítulo 3. Apresentamos o método materialista histórico dialético, fio condutor deste estudo, bem como os passos metodológicos utilizados na revisão sistemática qualitativa, técnica de obtenção de dados secundários que possibilitaram a apreensão da temática no campo da Saúde Coletiva.

No capítulo 4, está sistematizada a compreensão da humanização sob a ótica materialista histórico-dialética, a partir de obras gerais do próprio Marx e de outros autores que elaboraram sobre essa temática, inclusive tendo como objeto a saúde.

No capítulo 5, há a apresentação dos resultados obtidos na revisão sistemática qualitativa da produção acadêmica em Saúde Coletiva brasileira, com a leitura e tabulação de dados relevantes dos artigos.

Por fim, no capítulo 6, há a discussão crítica dos dados obtidos na revisão sistemática, tecendo a teia de concepções encontradas, perscrutando algumas das origens, as bases teóricas encontradas na produção acadêmica e sua relação com o pensamento hegemônico sobre humanização. Também estabelecemos o diálogo das concepções predominantes sobre a humanização na Saúde Coletiva brasileira com a concepção de humanização para o materialismo histórico dialético, realizando uma análise crítica das potencialidades e limites do pensamento humanístico hegemônico.

Com esse caminho, buscou-se compreender as diferenças conceituais sobre a humanização na Saúde Coletiva brasileira e seus desdobramentos, objetivando um avanço na compreensão crítica sobre o tema na produção acadêmica do campo.

2. INTRODUÇÃO

2.1 A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL JUSTIFICATIVA

O Renascimento e o antropocentrismo, inaugurando a Idade Moderna, trazem consigo o início do pensamento sobre o humanismo. Com o fim da Idade Média e do domínio ideológico da Igreja, a qual preconizava a sujeição das pessoas aos “desígnios divinos”, ao final do século XIV houve uma mudança de pensamento, passando o homem a ser o sujeito, ou ator, principal de sua história (MATTOS, 2010). Segundo a autora, “Num sentido amplo, esse ideal pode ser entendido como a valorização do homem e da natureza, em oposição ao divino e ao sobrenatural, conceitos que haviam impregnado a cultura da Idade Média” (MATTOS, 2010, P. 16). Desta forma, com a colocação do homem e suas ações no centro da história, surge essa corrente do humanismo, a qual traz o ser humano e a natureza como objeto principal dos estudos e ações políticas da época.

Com a Revolução Francesa, a ascensão da burguesia culminou no surgimento do capitalismo, muito influenciada por um outro elemento importante do século XVIII, que foi o movimento iluminista, o qual se contrapunha à dominação ideológica, agora não mais da Igreja, mas sim dos líderes absolutos Estados nacionais. Esta concepção intimamente ligada aos ideais burgueses, contribuiu para disciplinar os novos sujeitos livres através da ideia tanto de essência quanto de natureza humana (MATTOS, 2010). Desse modo,

(...) essencial ao movimento de rompimento filosófico do pensamento humano com as amarras da religiosidade e do misticismo, o humanismo é a base da negação que o racionalismo científico viria a exercer a partir dos séculos XVIII e XIX em relação à religião católica no pensamento filosófico ocidental, marcando de maneira indelével o pensamento científico moderno e contemporâneo. (FILIPPON, 2011. p. 669)

Sendo o humanismo a base para o racionalismo científico surgido posterior, o século XX apresenta uma nova fase relacionada à discussão do tema do humanismo, agora não mais como rompimento com o misticismo, mas sim como constatação da necessidade de busca da “humanidade perdida”, a subjetividade oprimida pelo modo de produção capitalista. Desta forma, o enfoque da discussão humanista moderna é pautado pela necessidade em lidar com os problemas criados pelo paradigma

científico moderno, cuja racionalidade positivista criou novos problemas para a humanidade e se mostrou insuficiente para compreender a complexidade da vida humana e trazer uma solução adequada para as dificuldades surgidas com a dinâmica do capitalismo.

Esta crítica à incapacidade da racionalidade positivista em atender as demandas e necessidades humanas pode ser observada na área da saúde, cujo início das reivindicações modernas de humanização no mundo remonta à década de 1950, especialmente atreladas ao movimento feminista e à luta das mulheres por direitos, com o tema principal sendo a discussão sobre o parto. Deste modo, o feminismo teve um papel central na inauguração do pensamento sobre a humanização no campo da saúde (DINIZ, 2005).

Contudo, a estruturação do tema humanização como objeto próprio de estudo somente se realizou a partir da década de 1970 com as críticas da sociologia médica norte-americana ao caráter autoritário da relação médico-paciente, constructo do racionalismo positivista. A autora Deslandes (2006) destaca a sistematização feita por Howard (1975), à época, de 11 práticas consideradas produtoras da desumanização dos cuidados em saúde: a prática de *tratar as pessoas como coisas*; a *desumanização pela tecnologia*; a *desumanização pela experimentação*; o *ver a pessoa como problema*; o tratamento dos usuários como *pessoas de menor valor*; a prática com *pessoas isoladas*; a prática de tomar as *pessoas como recipientes de cuidados subpadronizados*; a prática de obstrução da autonomia dos usuários em seus momentos de cura/tratamento; a valorização da objetividade e neutralidade biomédicas, responsável pela constituição de *relações frias e desumanas* com os usuários; a valorização de ambientes de cuidado *estéreis e desumanos*; e práticas que mais tarde se tornaram temas importantes em relação à bioética, discutindo a questão da responsabilidade profissional na preservação da vida (DESLANDES, 2006).

A partir das décadas de 1970 e 1980, constitui-se a medicina social latino-americana, influenciada por autores europeus e norte-americanos, através da crítica histórico-social à determinação do processo de adoecimento e à organização capitalista tanto da medicina no geral como também dos serviços de saúde (AROUCA, 2003). Esta vertente da medicina social latino-americana contribuiu em grande monta para a ampliação da análise e do conhecimento sobre os limites dos serviços de

saúde, trazendo o debate de que a intervenção para a promoção de saúde está situada muito além de ações na esfera interpessoal e da relação médico-paciente, sendo necessário, portanto, encarar a promoção de saúde em seu caráter coletivo e social.

Inserido neste contexto da medicina social latino-americana, no Brasil os ideais humanísticos na saúde tomaram força já na década de 1970, intimamente atrelados ao movimento político de resistência à ditadura instalada pelos militares em 1964, a qual foi custosa aos brasileiros em termos de autonomia, respeito à vida e direitos humanos. Era uma necessidade urgente, diante do caráter ditatorial do Estado brasileiro e seus desdobramentos práticos antidemocráticos, discutir os direitos humanos e problematizar o abuso de poder e sua repercussão na saúde da população. Deste modo, o movimento da Reforma Sanitária brasileira surgiu como um movimento de resistência e de sobrevivência, atrelado à luta política pela redemocratização do país e pelo retorno da dignidade humana; ou seja, foi um movimento que lutou pela transformação da sociedade em uma organização social mais solidária e respeitosa à vida humana (OSLO; SCHRAIBER, 2015).

Com a pressão social advinda de diversos setores da sociedade brasileira, pois a sociedade civil estava insatisfeita com a perda de direitos e com o mau andamento da economia na época, seja através do movimento intelectual de denúncia e luta contra a opressão ditatorial – do qual a reforma sanitária é um dos grandes exemplos -, seja através dos movimentos sociais e políticos, em meados da década de 1980 a classe dominante foi obrigada a aceitar uma transição democrática, ainda que de forma lenta e gradual. Nesta transição de poder, em 1988 foi promulgada uma nova Constituição, com instâncias democráticas sendo reestabelecidas e com as críticas do movimento da Reforma Sanitária sendo incorporadas na nova Constituição, com a garantia de criação de um sistema de saúde universal, integral e igualitário. Importante herança deste movimento político na formulação da nova Constituição foi o fomento à participação social nos processos de gestão do novo sistema de saúde, visando um caráter democrático nas novas instâncias organizacionais de saúde (PAIM, 2008). Logo após a nova Constituição, no ano de 1990 as Leis orgânicas da Saúde foram criadas, sendo elas as leis 8.080/90 e 8.142/90, as quais regulamentaram o funcionamento do sistema público de saúde nascente no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS, sendo um sistema de seguridade social, foi idealizado a partir dos princípios de universalidade, integralidade e igualdade. O primeiro princípio remete à saúde ser considerada um direito de todos os brasileiros e um dever do Estado em prover assistência e acesso aos serviços de saúde, independentemente da classe social, renda, sexo, gênero, orientação sexual, etnia, ocupação, ou outras distinções entre os cidadãos. O segundo princípio diz respeito ao atendimento de todas as necessidades de saúde da população, em todos os níveis de complexidade, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Além disso, a integralidade remete também à intersetorialidade com outras políticas públicas, a fim de abarcar todas as áreas que tenham relação com a qualidade de vida dos brasileiros e que interfiram na promoção de saúde (PAIM, 2008). Por fim, o terceiro princípio, da igualdade, cuja ideia original remete ao cuidado igualitário e não discriminatório. Esta ideia de igualdade passa a partir dos anos 1990 a ser substituída pelo conceito de equidade, sendo talvez o princípio mais polêmico dentre os princípios gerais do SUS. Ele se caracteriza pela diminuição das desigualdades através da modulação da assistência, investindo mais em populações ou estratos sociais em situação de maior vulnerabilidade social; contudo, tem sido utilizado para justificar a substituição da universalidade pela focalização da oferta de serviços de saúde às estratificações sociais mais carentes, segundo as diretrizes neoliberais (RIZZOTTO; BORTOLOTO, 2011), e conseqüentemente, incentivando a contratação de serviços privados do setor de saúde complementar e suplementar por parte dos segmentos sociais brasileiros médios e altos, os quais possuem poder aquisitivo para contratar os serviços de saúde pagos.

Com seus princípios gerais e diretrizes, o SUS, para além de um importante avanço democrático, também se constituiu em um desafio permanente para a construção solidária de um sistema de saúde para todos os brasileiros. Uma das formas de discutir estes desafios se deu através da discussão de humanização na saúde. Os primeiros documentos relacionados à humanização da assistência de saúde no Brasil, já na década de 1990, referiam-se a mudanças no modelo de atenção ao parto e nascimento (RATTNER, 2009). Gradualmente, a discussão de humanização foi se capilarizando às demais áreas da atenção à saúde. Em 2000, a 11ª Conferência Nacional de Saúde teve como tema central a humanização da

atenção, na busca de reforçar e manter vivos os princípios da criação do SUS. Como relata Pasche:

Arouca já defendia na 11ª Conferência Nacional de Saúde que a reforma sanitária era muito mais do que um processo meramente tecnoburocrático ou gerencial na história da saúde pública brasileira; tratava-se de um marco na direção do aprimoramento de nossa experiência civilizatória. Em outras palavras: a construção do SUS teria como uma de suas consequências o aperfeiçoamento de nossa própria experiência como sociedade, então mais justa e solidária a partir da defesa de valores como democracia direta, controle social, universalização de direitos e humanização do cuidado. (PASCHE, 2011, p. 4542).

Se a legitimidade constitucional do SUS foi fruto de árduas batalhas, sua regulamentação no processo de redemocratização do país não tem sido simples, pelo contrário: sua manutenção permanece, até os dias de hoje, uma luta constante contra o neoliberalismo. Utilizando a analogia de Walter Benjamin, Neves (2009, p. 505) salienta que “Podemos dizer que o processo de efetivação do SUS como Política de Estado foi, e é, ainda hoje, construído à “contra-pêlo da história” ”.

Nesse contexto, na tentativa de superar o caráter caritativo, messiânico e assistencialista do sistema público de saúde brasileiro (SOUZA, 2009; JUNGES, 2011; MORSHIEL, 2014), a humanização passou a ser vista como uma forma de alocar a subjetividade do homem na prática de saúde com intuito de suavizar a mecanização presente na gestão e na organização dos serviços de saúde, visando melhora da qualidade e eficiência do atendimento (FILIPPON, 2012). Diante disso, é substancial indagar sobre a finalidade, ou necessidade, de sustentar com força total a discussão e a implementação de estratégias de humanização em pleno século XXI. Segundo Rios:

Embora o termo laico “humanização” possa guardar em si um traço maniqueísta, seu uso histórico o consagra como aquele que rememora movimentos de recuperação de valores humanos esquecidos ou solapados em tempos de frouxidão ética. Em nosso horizonte histórico, a humanização desponta, novamente, no momento em que a sociedade pós-moderna passa por uma revisão de valores e atitudes. Não é possível pensar a humanização na saúde sem antes dar uma olhada no que acontece no mundo contemporâneo. (RIOS, 2008, p. 254)

Nesse sentido, cabe compreender de maneira aprofundada as estratégias governamentais de fomento ao desenvolvimento da humanização no contexto da

saúde brasileira, bem como assimilar o panorama econômico e político que impulsionou a necessidade de reformulação das políticas públicas naquele momento específico da história, na tentativa de compreender o papel que o reavivamento da humanização exerce no palco das políticas públicas brasileiras, após o fim da ditadura militar e da instauração de políticas neoliberais no país.

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Em 1999, o Ministério da Saúde (MS) inaugurou o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), um projeto piloto instaurado em alguns hospitais do país com intuito de fomentar ações que transformassem o atendimento hospitalar, objetivando melhorias na qualidade e na eficiência do atendimento em saúde (BRASIL, 2001). Em conjunto com este programa, o MS lançou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), impulsionado pelos movimentos sociais que lutavam pelo fim da violência obstétrica e por uma reforma nas políticas públicas relacionadas ao parto e à neonatologia. Desta experiência, constatou-se que programas específicos fomentam ações pontuais, que não sanam as necessidades mais profundas do sistema de saúde de melhorias na qualidade do atendimento e na sua eficiência.

Conseqüentemente, em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS. Importante ressaltar que ela possui caráter de política e não de programa; isto se deve ao fato de que esta iniciativa teve o objetivo de transpassar todas as instâncias do SUS e todas as demais políticas ou programas específicos da saúde, não sendo um conjunto de regras ou protocolo, mas sim uma inspiração, um norte no modo de fazer e gerir os serviços de saúde. Neste texto inaugural de 2003, caracterizado como discussão preliminar, em seu prefácio há o apontamento das profundas desigualdades do Brasil como um grande problema nacional. Em seguida, os autores do documento relatam que os problemas do SUS consistem em despreparo subjetivo profissional e gestão verticalizada; conceituam humanização como um aumento no grau de corresponsabilidade entre os sujeitos envolvidos na produção de saúde e mudança cultural da atenção e da gestão; e, por fim, afirmam que para humanizar são necessárias ações de “troca de saberes,

diálogo, trabalho em equipe e atendimento aos desejos dos diferentes envolvidos no processo da saúde. ” (BRASIL, 2003, p. 10). Este documento também traz as estratégias que a PNH pretende fomentar em relação a 6 eixos:

- I. Institucional: incorporação da PNH nas gestões estaduais e municipais;
- II. Educação permanente: incorporação dos princípios da PNH nas graduações e especializações;
- III. Comunicação: inclusão da PNH como um debate orgânico social;
- IV. Atenção: fomento ao protagonismo dos sujeitos e democratização da gestão;
- V. Financiamento: integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização prévios;
- VI. Gestão: acompanhamento e avaliação constante do processo de humanização, estimulando a pesquisa sobre o tema;

Em 2004, foi lançada pelo MS a cartilha “HumanizaSUS: gestão e formação nos processos de trabalho”, na qual, já em sua primeira página, aparece uma nova conceituação de humanização por parte dos idealizadores da política. Agora,

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão. (BRASIL, 2004, p. 3).

É possível observar, no trecho acima, que humanizar implica em valorização dos envolvidos na produção de saúde, reiterando a corresponsabilidade, na qual, individualmente, cada um fazendo a sua parte, o SUS consiga ser humanizado através da participação coletiva sinérgica. Com enfoque na gestão participativa e na qualidade da atenção, a PNH surgiu como uma ferramenta de auxílio na tentativa de efetivação dos princípios e diretrizes do SUS (ROMERO, 2011). A aposta do governo federal com esta política é a de que as trocas solidárias entre os diversos atores envolvidos na produção de saúde – gestores, trabalhadores e usuários – sejam capazes de produzir novos sujeitos neste processo de transmutação de práticas, saberes e atitudes.

Neste segundo documento oficial sobre humanização, o MS traz um conceito mais elaborado sobre humanização, em relação ao primeiro documento, bem como traz sistematizados os valores que norteiam a política, tornando mais claro o objetivo de instituí-la. Importante ressaltar que, ainda nessa cartilha de 2004, em sua última página, há o convite para conhecer os demais Textos Básicos de Saúde da série B da PNH já disponíveis na época, como o de acolhimento com acompanhamento e classificação de risco, ambiência, clínica ampliada, equipe de referência e apoio matricial, gestão participativa/cogestão, grupo de trabalho de humanização, prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico, visita aberta e direito a acompanhante e humanização e redes sociais.

Posteriormente, em 2006, foi lançado o texto básico “Grupo de Trabalho de Humanização”, no qual objetivou-se

(...) instituir uma “parada” e um “movimento” no cotidiano do trabalho para a realização de um processo de reflexão coletiva sobre o próprio trabalho, dentro de um espaço onde todos tenham o mesmo direito de dizer o que pensam, de criticar, de sugerir e propor mudanças no funcionamento dos serviços, na atenção aos usuários e nos modos de gestão. (BRASIL, 2006, p. 6).

Com isso, o MS objetivou instigar a institucionalização de um espaço de discussão em que houvesse um processo de reflexão coletiva orgânica sobre o trabalho e sobre a gestão dos serviços de saúde, numa resposta ao eixo de comunicação apontado pelo texto base de 2003.

Em 2008, na 4ª edição do Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, há a afirmação de que a PNH se estrutura a partir de princípios, método, diretrizes e dispositivos. Os princípios consistem em:

- a. Transversalidade: aumento do grau de comunicação inter e intragrupos e transformação nos modos comunicacionais entre os diversos sujeitos implicados na produção de saúde;
- b. Indissociabilidade entre atenção e gestão: cuidado inseparável da forma de gerir e de se apropriar do trabalho; ênfase na integralidade;

c. Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos: diferentes realidades sociais perpassando a produção de si; partilhamento de responsabilidade dos sujeitos, no exercício de sua autonomia individual, fortalecem efetividade da atenção e gestão.

Em seguida, há a descrição das diretrizes, consideradas como orientações gerais que norteiam a PNH:

- I. Clínica Ampliada
- II. Co-gestão
- III. Acolhimento
- IV. Valorização do trabalho e do trabalhador
- V. Defesa dos Direitos do Usuário
- VI. Fomento das grupidades, coletivos e redes
- VII. Construção da memória do SUS que dá certo

A partir do estabelecimento dos princípios e diretrizes, o documento base da PNH passa a discutir então sobre o método, trazendo a afirmação de que considera como método “a condução de um processo ou o seu modo de caminhar (meta = fim; hodos = caminho) (BRASIL, 2008, p. 24). Desta forma, descrevem o seu “método de tríplice inclusão”:

1. Fazer rodas para inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários), no sentido do fomento à autonomia, protagonismo e corresponsabilidade;
2. Fazer análise coletiva de conflitos, incluindo o questionamento sobre modelos de gestão tradicionais e abrindo espaço para mudança;
3. Fazer redes, incluindo a coletividade, tanto em forma de movimento social organizado quanto em singularidade sensível por parte dos trabalhadores em saúde.

E, por fim, temos os dispositivos da PNH, considerados como uma “atualização das diretrizes de uma política em arranjos de processos de trabalho” (BRASIL, 2008,

p. 26). Estes dispositivos parecem ser propostas de ação prática na gestão e organização dos serviços de saúde, para garantir a efetividade dos princípios e diretrizes da PNH. Podemos considerar como modos de fazer a humanização acontecer nos serviços. São estes os dispositivos:

- GTH, Grupo de Trabalho de Humanização;
- Colegiado Gestor;
- Contrato de Gestão;
- Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, etc.;
- Visita Aberta e Direito à Acompanhante;
- Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP);
- Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial;
- Projetos Cogерidos de Ambiência;
- Acolhimento com Classificação de Riscos;
- Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva;
- Projeto Memória do SUS que dá certo.

Outro aspecto importante de evidenciar neste Documento Base de 2008 refere-se às expectativas de resultados a serem obtidos com a implantação da PNH e seus dispositivos nos serviços de saúde. Os principais resultados esperados são:

- I. Redução de filas e de tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo;
- II. Conhecimento, por parte do usuário, de sua rede de serviços responsável por seu tratamento;
- III. Garantia dos direitos dos usuários, ampliando os mecanismos de sua participação ativa;
- IV. Gestão participativa com trabalhadores e usuários, propiciando maior integração entre eles;
- V. Atividades de valorização dos trabalhadores da saúde.

Após a última edição deste documento base, foram lançadas reedições de diversos textos do HumanizaSUS, tratando de assuntos mais específicos. São eles os Textos Básicos de Saúde: Trabalho e Redes de Saúde, Redes de Produção de Saúde, O HumanizaSUS na Atenção Básica, Clínica Ampliada e Compartilhada, Manual de Monitoramento e Avaliação da PNH, todos estes em 2009; Visita Aberta e direito a acompanhante, Ambiência, Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde, todos estes em 2010; e, por fim, Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde em 2011.

Já as cartilhas consistem em: Clínica Ampliada e Compartilhada e Gestão Participativa e Cogestão, todas em 2009; Saúde e Trabalho em 2011; Acolhimento na Gestão e o Trabalho em Saúde em 2016; e por fim, A Experiência da Diretriz de Ambiência da PNH, sendo este o documento mais recente, de 2017. Além dos textos básicos e cartilhas, o HumanizaSUS também dispõe, em seu arsenal teórico, de Cadernos em 5 volumes, são eles: Formação e Intervenções e Atenção Hospitalar, ambos lançados em 2012; Humanização do Parto e Nascimento, de 2014; Saúde Mental, de 2015; e Atenção Básica, de 2016.

Desta forma, estão sistematizados os principais elementos fundantes da PNH e sua relação entre si, em termos de eixo teórico e desdobramentos práticos. Este panorama geral da formação e da constituição dos documentos base da PNH serão valiosos para posterior compreensão e discussão dos achados da revisão sistemática da literatura, visto que a PNH baliza grande parte do pensar humanização na saúde coletiva.

Esse acúmulo conceitual e operativo trazido pela PNH possibilitou um avanço significativo na compreensão da humanização dos serviços de saúde e sua organização, visto que coloca a gestão e a organização em foco através de seus princípios e diretrizes, e traz formas mais eficazes de lidar com estes princípios, como vimos no item sobre os dispositivos, os quais consistem em propostas de ações práticas que contemplam as necessidades informadas nos princípios e diretrizes. Contudo, apesar de estas ações/propostas poderem auxiliar a organização dos serviços de saúde, é preciso questionar qual o movimento que esta proposta carrega em si, ou seja, indagar qual a origem desta proposta, o que a embasa, assim como quais seus objetivos, metas e potencialidades. Dado que há uma expressiva

polissemia do conceito de humanização, as propostas de humanização também diferem entre si, pois partem de concepções diferentes em direção a alvos distintos, cujo objetivo pode ser adequado a um tipo de conceito embasado em um campo teórico, mas insuficiente para outros campos teóricos. Não obstante, permanecem limites significativos na compreensão das determinações dos processos desumanizadores; é com esta discussão que este trabalho pretende contribuir.

Partindo do referencial teórico do materialismo histórico-dialético, se torna evidente a insuficiência destas propostas em contemplar a complexa discussão de humanização, cujo alcance extrapola os limites pontuais historicamente de gestão, necessitando de análises mais gerais da organização social como um todo e seus desdobramentos na vida coletiva dos indivíduos. Deste modo, uma análise histórica deste fenômeno de desumanização, colocada em perspectiva social e observada dentro de seu movimento dialético na dinâmica da sociedade, é o que propomos realizar ao longo da dissertação, a fim de capturar a essência deste fenômeno e, por conseguinte, explicar com maior clareza a origem do fenômeno.

Esta busca pelo entendimento das concepções vigentes de humanização e seus desdobramentos no fenômeno da desumanização, é parte importante do processo de conhecimento sobre o tema, inclusive para contribuir com a possibilidade de se pensar uma forma de superação deste fenômeno, que é social e não está isolado na área da saúde ou individualizado na culpabilização dos trabalhadores de saúde. Desta forma, tendo em vista esta política nacional, observamos que é preciso aprofundar certos debates que não são contemplados na política, tais como a questão do subfinanciamento crônico na saúde desde a criação do SUS e seu impacto paulatino sobre a qualidade e capacidade dos serviços de saúde, e a organização do trabalho na sociedade, que é uma construção coletiva do modo de produção e que espalha seus galhos para o trabalho em saúde, sendo a reestruturação produtiva dos processos de trabalho e o trabalho alienado na sociedade capitalista dois elementos importantes, determinantes da desumanização dos serviços de saúde. Estas questões serão discutidas posteriormente, colocando em perspectiva a necessidade de destacar como o pensamento em saúde, inclusive e especialmente na saúde coletiva, é pautado pelo paradigma hegemônico da pós-modernidade, que tende a mistificar a objetividade que o capitalismo tem em influenciar e determinar o modo de produzir saúde.

3. REFERENCIAL TEÓRICO, MÉTODO E METODOLOGIA DE PESQUISA

Ora, o pensar é subversivo. Mais fácil lidar com variáveis comportadas que não fazem perguntas.
(Prefácio do Tratado de Metodologia Clínico-Qualitativa)

3.1 MÉTODO E REFERENCIAL TEÓRICO

Toda pesquisa científica deve estar ancorada em referenciais teóricos estabelecidos e consagrados, que serão o alicerce para a interpretação dos resultados encontrados. “Não há neutralidade no fazer científico” (TURATO, 2003, p. 427). O pensamento norteador do questionamento e o caminho escolhido para verificação do problema de pesquisa, que são os pilares centrais de todo trabalho científico, envolvem uma forma específica de encarar a realidade; portanto, o questionamento científico depende sempre de uma maneira específica de interpretação do mundo pelo cientista. É preciso que o pesquisador anuncie de quais paradigmas parte o seu pensamento, sendo esta atitude não apenas uma “questão de precisão de ideias, mas principalmente de honestidade científica” (TURATO, 2003, p. 198).

Os paradigmas são algo como as lentes dos óculos – assim como as lentes corretivas, que clareiam o caminho para a visão turva e confusa do míope, o paradigma é um horizonte estruturante que põe em ordem os fenômenos e permite à comunidade dos cientistas se situar na realidade, compreendê-la e comunicá-la (AMORIN, 2011, p. 347)

Todavia, é preciso esclarecer a confusão que permeia os termos método e metodologia. Segundo Turato (2013), não se deve confundir, academicamente, o conceito de método com o de metodologia, pois este último se refere ao estudo das técnicas de pesquisa, enquanto o primeiro diz respeito ao caminho percorrido para auxílio na explicação e compreensão do mundo.

Deste modo, o termo método, nesta dissertação, diz respeito à teoria filosófica mais geral que embasa o raciocínio analítico, auxiliando a interpretação dos fenômenos. Os referenciais teóricos utilizados na análise também partem deste método geral, possuindo, portanto, a mesma base paradigmática de interpretação da realidade. Já como metodologia, nesta dissertação, entende-se o conjunto de passos e técnicas de pesquisa empregados para alcançar os objetivos estabelecidos.

A filosofia que embasa a análise deste trabalho é o materialismo histórico-dialético, visto que tem como pressuposto o materialismo, e como lógica a dialética; este método serve como fio condutor, ao pesquisador, para percorrer todo o caminho de análise de seu objeto. Seu cunho materialista consiste em reconhecer o pressuposto da realidade material sobre a o plano da consciência, ou das ideias. Embora a vida humana seja conformada pela relação indissociável e interdependente entre realidade material e consciência, isso não abole o fato de, em última instância, a primeira determinar a segunda. Dizemos, “em última instância”, dado que as produções de ideias também exercem, por óbvio, determinação sobre o plano material; porém, é a realidade de vida do ser humano que possui maior correlação de forças e determina a consciência humana (MARX, 2015).

Já a natureza dialética do método parte do princípio de que os processos da realidade estão em constante movimento, impulsionado pela contradição inerente a todos os seres e processos (GERMER, 2018). É a unidade de contrários, interna a todos os componentes da realidade, a determinação da dinâmica universal e contraditória. Através da aplicação do método, se intenta compreender o movimento de contrários que rege a realidade (CRUZ E RIBEIRO, 2004).

O caráter histórico do método consiste em averiguar o passado para observar sua influência atual na realidade social, bem como para compreender o papel que experiências históricas anteriores possuem na organização social vigente, pela identificação das leis do movimento do real. A perspectiva histórica, em conjunto com a dialética, permitem ao pesquisador captar a tendência do movimento do objeto estudado.

Se o real está em permanente movimento, justifica-se a incorporação, na análise de um objeto qualquer, do seu movimento, sua dinâmica e suas relações, tentando incorporar a totalidade das influências na explicação do fenômeno (NETTO, 2011). Deste modo, este método toma como base a determinação social, tendência que as forças produtivas e as relações sociais de produção impõem sobre as diversas dimensões da vida humana, tais como a consciência, a subjetividade, a ideologia, o processo saúde-doença, a política e as estruturas e formas de organização social - o poder jurídico, o Estado, o conjunto de leis, os programas políticos implementados nas esferas públicas e privadas.

Neste trabalho, foram tomados como referenciais teóricos autores que utilizam o método apresentado em suas análises, a fim de aplicar suas teorias e reflexões como subsídios para análise de nosso objeto de pesquisa. A afinidade metodológica se faz relevante pois auxiliará, dentro da linha teórica escolhida, a compreender a rica totalidade de relações existentes na realidade concreta.

Deste modo, os referenciais teóricos para interpretação dos dados obtidos, neste estudo, consistem em autores marxistas, ou no próprio Marx, em obras cuja discussão apresenta proximidade com o tema deste estudo - a humanização. Assim, dispondo dos escritos de Karl Marx nas obras “Ideologia alemã” (em conjunto com Friedrich Engels), “Manuscritos econômicos-filosóficos”, e “O Capital”, buscou-se compreender as bases e conceitos teóricos que fundamentam o conceito de humanização no campo marxista. Além disso, o estudo de Georgy Lukács, em sua obra “Ontologia do ser social”, foi de grande valia, pois, partindo do universo conceitual marxista, elucubra as raízes do ser social e sua relação entre a humanização e a alienação em vigência na organização social capitalista. Neste sentido, outro importante referencial teórico empregado nesta análise consiste na obra “Materialismo e subjetividade” do autor português Barata Moura, na qual há um capítulo dedicado à questão da humanização, demonstrando como uma abordagem solidária das questões sociais é uma necessidade da classe trabalhadora. Além desses referenciais gerais, buscou-se a apropriação de obras do campo da saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico dialético, voltadas ao tema da humanização.

3.2 METODOLOGIA

Este é um estudo de abordagem qualitativa, com análise de dados secundários. Iniciou-se por pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo, de cunho descritivo-exploratório, com coleta de dados secundários pelo método de revisão sistemática de literatura, a fim de acessar as concepções e aspectos/componentes de humanização na produção acadêmica do campo da saúde coletiva brasileira, de maneira sistematizada e com rigor de coleta, com intuito de evitar viés de seleção.

Sendo nosso campo de estudo o da saúde coletiva, o tipo de intervenção que buscamos compreender são as intervenções que atingem uma coletividade ou população específica, como é o caso das políticas públicas. Esse campo de atuação

traz em si a ideia de resgate do social dentro da medicina, tradicionalmente biologicista e naturalizante, realizando, entre outros movimentos, a aproximação das ciências humanas às ciências da saúde (OSLO E SCHRAIBER, 2015). A saúde coletiva, como um fruto da Reforma Sanitária, traz em si a semente da transformação social, que vai muito além das práticas médicas convencionais e isoladas. Neste sentido, a busca pela conceituação dentro da produção acadêmica desse campo se faz estratégica, com intuito de entender como estes pesquisadores e difusores do pensamento encaram a necessidade de transformação social na saúde, visando uma melhora para a coletividade.

A revisão sistemática foi realizada através da busca de artigos científicos no dia 04/12/2018, em quatro bases de dados distintas: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Pubmed Medline. Utilizou-se a estratégia de busca no texto integral do artigo, através da associação de descritores oficiais do Decs com termos livres escolhidos pela autora que são sinônimos dos descritores oficiais. A estratégia de busca consistiu em: (“humanization of assistance” OR “humanization”) AND (“public health” OR “social medicine” OR “community medicine” OR “community health”). Esta combinação de termos foi pensada no intuito de, para além dos descritores oficiais, englobar todos os termos que possam ser associados ao tema na saúde coletiva.

A revisão teve os seguintes critérios de inclusão: ser artigo brasileiro, com disponibilidade integral online, com tema central referente à humanização. Os critérios de exclusão foram: teses, dissertações, editoriais, artigos de opinião, fuga ao tema principal, produção estrangeira, artigos duplicados. Não houve delimitação de data. Esta revisão sistemática teve a seguinte pergunta de pesquisa: quais são os conceitos e elementos de práticas de saúde afirmados como humanizadores?

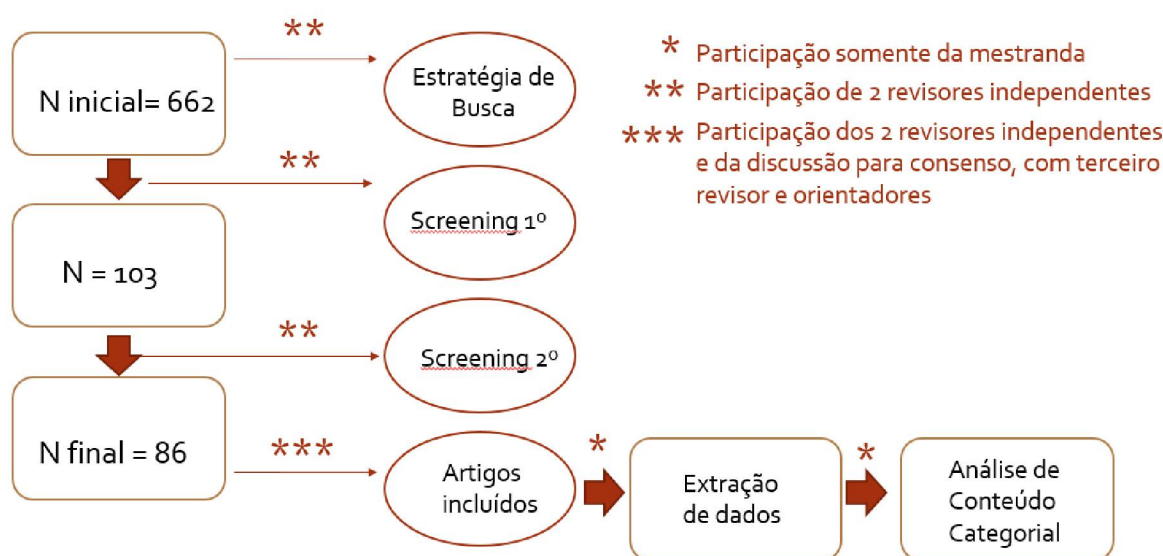
Participaram da revisão 3 revisores: 2 revisores independentes, realizando os passos metodológicos desde a busca até o corpus final dos artigos de maneira independente; e um terceiro revisor, o qual serviu para mediar eventuais discordâncias entre os revisores independentes e auxiliar no consenso de inclusão ou exclusão. A busca inicial utilizando os descritores encontrou 662 artigos, e com no screening primário com leitura inicial de títulos e resumos e com aplicação dos critérios de inclusão e exclusão; nesta fase, inicialmente procedeu-se à leitura dos títulos e

resumos dos artigos, buscando selecionar os artigos cujo tema principal versava sobre humanização. Os artigos que não tinham objetivo central de discutir a humanização foram desclassificados no screening primário, também havendo exclusão de artigos repetidos, teses, dissertações, editoriais e artigos de opinião. No screening primário foram selecionados 103 artigos.

Procedeu-se então ao screening secundário, com leitura integral dos artigos, buscando selecionar aqueles que respondessem à pergunta de pesquisa. Nesta etapa, artigos que não continham discussão centrada na questão da humanização no corpo de seu artigo, apesar de terem citado o termo humanização em seus resumos, foram excluídos.

Foram então selecionados 86 artigos, que formaram o corpus final da revisão. O diagrama esquemático sobre os passos da triagem de artigos pode ser conferido abaixo:

FIGURA 1: PASSOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA QUALITATIVA



FONTE: a autora

No screening primário e secundário houve a participação de outros dois revisores independentes. Um deles realizou o mesmo procedimento descrito acima de screening primário e secundário, aplicando critérios de inclusão e exclusão de maneira independente, concomitantemente à autora desta dissertação e revisora independente. Após término do screening primário e do secundário por parte destes

dois revisores independentes, seguiu-se à discussão dos artigos divergentes com o terceiro revisor, de maneira a realizar consenso sobre o corpus final de artigos a fazerem parte da revisão. Estabeleceu-se desta maneira o corpus final de artigos, constituído por 86 artigos incluídos.

Após a seleção do corpus, a metodologia de análise de conteúdo foi utilizada, de acordo com os passos de análise categorial temática (BARDIN, 2016), seguindo a leitura detalhada dos artigos e tabulação dos dados relevantes ao estudo (título do artigo, autoria, ano de publicação, revista/periódico, conceito de humanização, elementos de humanização), descritos detalhadamente adiante nesta dissertação no item da revisão sistemática, e apresentados integralmente em planilha do software Excel®. Toda a leitura destes artigos selecionados foi realizada sem auxílio de software, tendo participação na leitura e tabulação somente a autora desta dissertação.

Nesta etapa de exploração e leitura integral dos artigos, buscou-se identificar no texto a presença ou ausência de conceito de humanização, bem como os elementos ou aspectos afirmados como humanizadores, ou seja, nesta exploração e sistematização do material, buscou-se apreender qual o significado de humanização assumido pelos autores para embasar suas discussões, bem como evidenciar as propostas ou ações postuladas como capazes de promover a humanização.

Após leitura minuciosa, foram extraídos dos artigos e tabulados os dados relevantes para a análise dos artigos, conforme descrito acima. Os principais achados encontram-se demonstrados no apêndice 1 desta dissertação.

Para interpretação dos achados, foi utilizada a análise de conteúdo do tipo categorial temática, segundo Bardin (2016), no qual “A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia) (...)” (BARDIN, 2016, p. 195). Desta maneira, os principais conceitos e elementos tidos como humanizadores foram analisados de acordo com seu conteúdo e foram estabelecidas categorias gerais de classificação dos dados, passando então à discussão.

Os principais achados foram sintetizados em forma de categorias, conforme apresentado nos resultados. Buscamos realizar esta síntese qualitativa dos dados em categorias para facilitar a interpretação e discussão, visto que trabalhamos com a busca de dados qualitativos nos artigos, requerendo uma metodologia de análise que

permitisse a observação e interpretação qualitativa dos dados, para além de uma alocação automática nos termos exatos apresentados nos artigos. Com a elaboração de categorias, buscaremos construir um conhecimento sobre o tema que seja maior que a simples soma das partes.

No capítulo a seguir, abordaremos a visão marxista sobre humanização, teoria que embasará a discussão dos resultados posteriormente no capítulo 6.

4. A HUMANIZAÇÃO SEGUNDO O MATERIALISMO HISTÓRICO-DIALÉTICO

Preferimos partir da premissa de que a história das ciências é, basicamente, a história das ideias e de que estas encontram sua especificidade na relação que possuem com a estrutura social que as gerou e permitiu seu aparecimento. (AROUCA, 1975).

4.1 O SIGNIFICADO DE HUMANIZAÇÃO NO CAMPO DO MARXISMO

Neste item, discutiremos a compreensão marxista da humanização, pautada em autores que utilizam o método do materialismo histórico-dialético em suas análises. O humanismo, para a teoria marxiana e marxista

(...) não é a celebração oratória de uma humanidade idealizada, para (pequenos) efeitos (burgueses) de gestão compensatória das consciências em sobressalto e de salvaguarda tranquilizadora de uma (remotivadamente abençoada) ordem capitalista de exploração (...) (BARATA-MOURA, 1997, p. 151)

Conforme excerto do autor, humanismo não é uma mera frase para “ornamentar discursos, mas seu significado supõe uma concepção ontológica de fundo” (BARATA-MOURA, 1997, p. 153). Deste modo, é preciso compreender este caráter ontológico referido.

A compreensão ontológica da humanização se baliza pela discussão sobre o significado de ser humano, na tentativa de abstrair a qualidade que faz os humanos serem o que são. Os humanos possuem necessidades vitais, as quais precisam, a todo momento, serem saciadas, a fim de garantir a manutenção de sua sobrevivência, desde o início da vida humana. Isso significa que é preciso prover o acesso à alimentação, água, abrigo, etc. Sem o devido acesso a tais elementos, a espécie se extinguiria. É o que ocorre com os demais seres vivos presentes na nossa biosfera; plantas e demais animais, de quaisquer reinos, necessitam de suprimentos para garantir sua sobrevivência e perpetuação. Porém, a espécie humana é peculiar, possui uma característica que as demais espécies não compartilham. Precisamente, esta peculiaridade se encontra na forma com que os humanos sanam as suas necessidades, as quais dependem de elementos que se encontram fora de si, estão

na natureza (LUKACS, 2012). Segundo Marx, é preciso iniciar pela constatação de que:

(...) o primeiro pressuposto de toda a existência humana e também, portanto, de toda a história, a saber, o pressuposto de que os homens têm de estar em condições de viver para poder “fazer história”. Mas, para viver, precisa-se, antes de tudo, de comida, bebida, moradia, vestimenta e algumas coisas mais. O primeiro ato histórico é, pois, a produção dos meios para a satisfação dessas necessidades, a produção da própria vida material, e este é, sem dúvida, um ato histórico, uma condição fundamental de toda a história, que ainda hoje, assim como há milênios, tem de ser cumprida diariamente, a cada hora, simplesmente para manter os homens vivos. (MARX, 2007, p. 33)

Humanos possuem uma relação com a natureza distinta de todos os demais seres vivos: para nós, é possível agir sobre a natureza, transformá-la de acordo com nossas necessidades. A esta ação de transformação da natureza em virtude da satisfação das necessidades humanas, dá-se o nome de *trabalho*. Importante aqui ressaltar que este conceito de trabalho em nada se assemelha com o uso comum da palavra nos dias atuais, pois, usualmente, é entendido como o ato de ter um emprego ou ocupação, de ter uma fonte de renda assalariada. Aqui, no campo conceitual marxista, *trabalho* significa a capacidade humana em, com sua própria ação, modificar a natureza, subordinando-a, dominando-a e a controlando de acordo com suas próprias necessidades, ou seja, adaptando a natureza a si, e não se adaptando a ela. É preciso compreender também que, neste processo de satisfação de necessidades imediatas, os humanos estão em constante estado de criação de novas necessidades. Não há satisfação plena de uma necessidade de uma única maneira desde os primórdios da humanidade: à medida que vive e transforma a natureza, o ser humano transforma suas ações e suas necessidades, sempre buscando melhorar sua qualidade de vida, sempre buscando modificar a natureza de outra maneira que facilite sua sobrevivência ou que lhe propicie mais satisfação. A isso, Marx nomeia como segundo pressuposto da existência humana, pois para ele, a satisfação da primeira necessidade, a ação e o produto da ação, trazem em si a geração de uma nova necessidade (MARX; ENGELS; 2015).

Esta constante modificação da natureza é fruto dos processos anteriores, pois o homem modifica a si mesmo à medida que modifica a natureza; desta maneira, suas necessidades se complexificam à medida que uma necessidade é sanada, pois a saciedade de uma necessidade traz em si a semente para o surgimento de uma outra, mais complexa, interdependente das demais necessidades e criações humanas. Com

isso, é preciso frisar o caráter teleológico do trabalho humano: esse constante pensar e planejar ações de transformação da natureza, em busca da satisfação das necessidades infindáveis e complexificadas (GOMES, 2011).

Conseqüentemente, outro aspecto importante da vida humana fica evidente, e consiste na sua sociabilidade. As transformações realizadas pelo homem na natureza e, conseqüentemente, em si, ocorrem por meio das relações que se estabelecem em sociedade, sendo esta uma característica fundante da espécie e da conformação das formações sociais ao longo da história.

Assim, complexificando cada vez mais a relação entre os membros da espécie, entre a espécie e a natureza e entre as próprias necessidades do gênero, torna-se possível concluir que o trabalho é o elemento fundador do gênero humano, pois é o elemento central ontológico humano como ser que é social (GOMES, 2011). O significado de ontológico é precisamente a característica que define ou institui o ser humano, a qual, para as teorias marxistas, corresponde ao trabalho teleológico realizado pelo ser socializado.

Esta autotransformação do homem, advinda do caráter ontológico de transformação da natureza, através da sociabilidade e do trabalho, faz com que suas necessidades atuais sempre estejam num patamar mais avançado do que as anteriores, fato que vale para todo o conjunto do gênero humano. Este grau de complexidade reflete o patamar de avanço que a humanidade atingiu, e mais do que isso, reflete também as relações sociais desenvolvidas, material e historicamente, ao longo do curso da humanidade. Segundo Gomes,

O gênero se fundamenta nas máximas capacidades alcançadas pelos homens coletivamente nas múltiplas formas de objetivação-exteriorização, ao passo que os diferentes sujeitos singulares apresentam possibilidades distintas de apropriação das objetivações para satisfazerem seus carecimentos. (GOMES, 2011, pág 109).

Observamos isso, por exemplo, nos recursos de transporte de que dispomos hoje. A necessidade de transportar-se é, atualmente, uma necessidade real dos humanos, surgida historicamente com o avanço das forças produtivas e com a complexificação de suas necessidades coletivas. Porém, a forma de transporte, seja por meio de veículos de transporte coletivo, seja por meio de carros luxuosos, são necessidades criadas ao longo da história, relativas à forma de organização social que os humanos apresentam. Desta maneira, transportar-se é uma necessidade; mas, a

forma de transporte adotada pelos indivíduos possui uma determinação social e uma relação ideológica que estão intimamente atreladas à necessidade do gênero. Assim, numa sociedade capitalista, cuja organização social é baseada na divisão de classes, determinada pela propriedade privada dos meios de produção de mercadorias, e na exploração da força de trabalho para a extração da mais-valia, as formas pelas quais os indivíduos, comumente, atenderão suas necessidades dependem, também, das necessidades da classe dominante, impostas à classe explorada sob a forma de ideologia. Sobre a ideologia, Gomes (2011) ressalta que é intimamente ligada ao senso comum, pensar automático, que traz em si valores da classe dominante, através de discursos homogeneizantes, que ocultam os antagonismos de classe. Assim, os interesses da classe dominante se mascaram, adquirem uma atmosfera de necessidade humana universal, se mesclam com as necessidades genéricas humanas e adquirem um tom de verdade inquestionável.

Desta forma, o uso de transportes coletivos que usem energia renovável seriam uma boa opção para sanar as necessidades humanas, tanto numa questão imediata, que é o transporte em si, quanto numa questão de longo prazo, como manutenção da vida no planeta de maneira sustentável e saudável para a natureza como um todo, incluindo humanos. Porém, diante da necessidade de realização da mais-valia, o capital impõe ao conjunto da sociedade, amparado na ideologia dominante, que a necessidade de transporte seja atendida através de modo individualizado, no qual cada pessoa precisa possuir seu próprio carro, com a queima desenfreada de combustíveis fósseis, gerando lucros para as empresas petrolíferas, para as montadoras de carros, e também, com o efeito estufa, aos fabricantes de ar-condicionado.

Na formação social capitalista, a sociedade das necessidades está, indissociavelmente, ligada ao consumo, cuja realização depende do poder aquisitivo proporcionado pelo salário. O salário, no entanto, além de ser a forma de relação que permite, no capitalismo, a exploração consentida da força de trabalho, não é atribuído com base na quantidade de valor suficiente para o adequado acesso ao fruto do trabalho social e à sociedade das necessidades humanas. O salário, meio de acesso ao valor necessário para a aquisição dos bens e serviços, não é estipulado com base na plena satisfação das necessidades humanas, ou no pleno acesso aos produtos do trabalho social, possibilitado pelo grau de desenvolvimento das forças produtivas

estabelecidas pelo gênero humano. O salário representa o mínimo valor suficiente para reprodução da força de trabalho necessária para o capital.

Assim, na sociedade capitalista, nem todos os humanos têm acesso aos produtos sociais do trabalho. Apesar de a sociabilidade ser condição essencial, ontológica, do gênero humano, o acesso aos frutos desta produção coletiva não é garantido a todos. Isso significa que a condição dos sujeitos pode estar defasada em relação ao estágio de desenvolvimento da humanidade. É importante ressaltar que este atraso, ou déficit de acesso, também é um fruto social, pois tem sua origem na conformação, na organização e no funcionamento societário atual, que promove e legitima a desigualdade.

Neste contexto de conformação social excludente, ocorre o que se denomina por alienação, importante categoria para a análise e compreensão do processo de humanização. A alienação é justamente esta contradição entre a capacidade adquirida pelo gênero humano em satisfazer suas necessidades e sua realização nos seres concretos, ou seja, na vida real de seres humanos reais. (LUKACS, 2012). A alienação, ou estranhamento, se manifesta nos fenômenos sociais tanto pela falta de acesso aos produtos sociais da humanidade, quanto pela falta de reconhecimento de si nos frutos do trabalho. Esta perda de controle sobre sua produção, seja na concepção e planejamento, seja no acesso e fruição, é central neste fenômeno (LESSA, 2015; GOMES, 2011).

À transformação concreta da natureza pelo homem, para a satisfação de suas necessidades, Lukács, amparado em Marx, caracteriza como objetivação. A objetivação, no entanto, não é dissociada da exteriorização, que consiste nos efeitos da objetivação sobre a subjetividade do agente de trabalho. Tudo que o ser humano produz é fruto deste binômio indissociável entre objetivação para atendimento a uma necessidade e exteriorização de sua subjetividade, simultaneamente no ato do trabalho. No entanto, quando o produto objetivado produzido por uma atividade humana não possui correspondência no aspecto singular da exteriorização, há um estranhamento em relação ao produto objetivado (GOMES, 2011).

O produto da objetivação humana não se restringe aos objetos tangíveis. Os serviços de saúde são um produto da objetivação e cumprem uma função importante na manutenção da vida: o cuidado em saúde é uma necessidade humana. O cuidado em saúde, produto do trabalho humano, nos serviços de saúde, não é uma mercadoria

com existência física, mas um efeito útil, o qual só é consumível durante o processo de produção; ele não existe como uma coisa útil distinta desse processo, que só funcione como artigo de comércio depois de sua produção, que circule como mercadoria. (MARX, 2010). Porém a forma de sanar esta necessidade humana é colocada em pauta, na análise marxista, partindo das relações sociais que regem a produção de bens e serviços na sociedade atual.

Deste modo, aplicando o método do materialismo histórico-dialético, é imprescindível compreender a multiplicidade de processos que interagem diante de um determinado aspecto da vida humana, cuja determinação, em última instância, se dá pela organização societária, pela totalidade social na qual se engendra. No capitalismo, com a propriedade privada dos meios de produção, o processo e o fruto da produção da vida não são controlados por aquele que trabalha, e não são pautados pela necessidade coletiva. O fruto deste trabalho não pertencente ao produtor e não sendo por ele planejado, não atendendo estritamente às necessidades humanas, mas sim, às necessidades do capital.

A partir disso, é possível entender a problemática da necessidade de humanização, em especial na saúde, que é o objeto de estudo deste trabalho. A economia reflete a base material e histórica em que a produção e a reprodução da vida se dão na sociedade. Assim, o humanismo, no campo marxista, significa “devolver aos humanos o terreno e as possibilidades de *ser*” (BARATA-MOURA, p. 155). Humanizar

(...) é buscar uma transformação da racionalidade prática, que promova a superação histórica e material das alienações que impedem os humanos de assumir, com plenitude, sua condição de reais protagonistas de seus próprios destinos. (BARATA-MOURA, 1997, p. 159).

A organização social burguesa, da qual o capitalismo é sua expressão máxima, se empenha em naturalizar os antagonismos do gênero humano, em um processo de mascarar o caráter histórico em que a construção social do humano ocorre. Ao pautar-se pela propriedade privada dos meios e dos produtos da produção e pela alienação do processo de trabalho, naturaliza a barreira de acesso aos frutos da produção social e fomenta o individualismo e a perda do senso de coletividade. A organização social, no capitalismo, é pautada pelo individualismo, pela propriedade privada e pela alienação. Os trabalhadores, ao se alienarem nos processos de trabalho e na

apropriação destes frutos, alienam a si mesmos. Isto significa dizer que há uma base material para o processo de desumanização nas instâncias sociais; portanto, a estratégia de enfrentamento desse processo precisa partir das bases materiais da sociedade, do seu campo de organização econômica e política, que determinam o caráter desumanizado das ações na sociedade. Humanizar, portanto, significa garantir a cada ser humano o acesso às máximas capacidades alcançadas pelo gênero (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014).

Uma análise centrada nos elementos supra estruturais – ou seja, jurídicos, políticos e ideológicos – da desumanização não se aproxima da raiz do problema: uma organização social dividida em classes, funcionando sob a lógica da exploração da força de trabalho e da propriedade privada dos meios de produção, que visa transformar todas as instâncias da vida em mercadoria.

A humanização implicaria em forjar uma sociedade que tivesse sua sociabilidade pautada no compartilhamento coletivo, na qual, tanto as tarefas quanto as riquezas produzidas socialmente, pelo conjunto de humanos, fossem igualmente partilhadas. Assim, todos participariam de algum aspecto da esfera produtiva, e todos teriam acesso ao que o gênero humano houvesse construído socialmente.

Para a superação desta forma alienante de produção da vida, é preciso considerar algumas ponderações. Marx afirmava que o homem é a raiz do próprio homem, enfatizando que a verdade humana advém do “exercício humano da historicidade que incontornavelmente supõe e avoca: crítica e trabalho” (BARATA MOURA, 2015: 157). É preciso ponderar este exercício humano de historicidade sob dois aspectos: realizando uma crítica do além, ou seja, uma crítica ao místico, intangível, idealista; e também uma crítica do aquém, que significa reconhecer as barreiras colocadas diante da possibilidade de realizações engrandecedoras para a humanidade como um todo. (BARATA MOURA, 2015). Desta forma, o autor nos traz como reflexão importante para pensar a humanização a superação do idealismo e da naturalização da nossa organização social vigente. Assim, para transcendermos nossa condição atual é preciso compreender que

Transcender devém superar pela e na transformação das realidades terrenas os estados de “inverdade” ou de “mentira” de que quotidianamente oferecem os mais diversificados exemplos. Reconhecer que o homem é o ser supremo para o homem (...) impõe, efetivamente, para Marx, muito mais do que a simples magnificação abstracta do poder teórico e concretizador do humano, na nobre sequência, aliás, de toda uma (por vezes esmaecida, mas inapagável)

genealogia de imponentes figuras do patrimônio de pensamento da humanidade ao longo dos séculos. Reconhecer a validade axiológica do humano para os homens desemboca na imperatividade (não apenas ética) de uma peculiar intervenção prática emancipadora: derrubar todas as relações nas quais o homem é um ser rebaixado, um ser escravizado, um ser desamparado, um ser desprezível. (BARATA MOURA, 2015: 158)

A base econômica, mais especificamente, o modo de produção que determina as relações sociais dentro de uma determinada sociedade, tem, em última instância, papel fundamental em moldar a forma com que os elementos políticos, jurídicos e ideológicos se estabelecerão dentro de um determinado contexto. Através da história e das diferentes mudanças dos tipos de organizações sociais, foi possível observar que sobre a base organizacional e econômica de determinada sociedade, se ergue todo um aparato que corrobora e reitera a organização desta base econômica, e essas duas estruturas unidas – infraestrutura e superestrutura - mantém a ordem e o modo de funcionamento da sociedade.

Estando nossa sociedade atual inserida no modo de produção capitalista, entende-se que as instâncias superestruturais refletem a necessidade de manter esta mesma ordem estrutural e econômica. Sob este aspecto, é possível identificar elementos contraditórios entre o modo de vida e as necessidades que os trabalhadores vivenciam cotidianamente. Há uma contradição evidente entre o necessário para se realizar um bom serviço de saúde e o que é ofertado pelo Estado. Essa discrepância pode ser tomada como uma forma de alienação, a qual, por sua vez, é a grande geradora da desumanização.

Segundo Gomes (2017), o capitalismo faz com que as objetivações – o produto do trabalho – sejam reificadas, o que significa que a forma mercadoria, neste modo de produção, implica uma exteriorização alienada da subjetividade realizada no trabalho, causando estranhamento entre o trabalhador e o processo e resultado de seu trabalho. Da alienação resulta a não correspondência entre as necessidades humanas e a produção realizada pelo trabalho humano, que se pauta pela necessidade capitalista de acumulação e não pelas necessidades genéricas humanas. O capital visa a produção e venda de mercadorias, e não o bem-estar dos seres humanos como um todo, servindo-se, para isso, do trabalho alienado. Essa relação contraditória implica a alienação. A alienação faz com que o trabalhador não se identifique com o fruto de seu trabalho, pois o produto que gera não corresponde às suas necessidades e necessidades dos seus semelhantes; é apenas um produto-

mercadoria, realizado por ordem do modo de produção capitalista, que não prioriza as necessidades humanas, apenas prioriza o que vai dar lucro ao proprietário dos meios de produção.

Segundo Barata-Moura (2011, pg 159) “é preciso que haja uma superação histórica e material de alienações diferenciadas, que impedem os humanos de assumirem em plenitude (individual e coletivamente) a sua real condição de protagonistas do seu destino”. Desta maneira, o alcance da humanização perpassa o fim da alienação, pois é somente com a superação histórica e material deste modo de produção – o capitalismo - que se poderá alcançar o grau máximo de potencialidade enquanto gênero humano e, portanto, alcançar a humanização. Assim,

O termo humanização, conseqüentemente, deve ser compreendido como essa tendência de ampliação e complexificação do gênero humano e sua manifestação nos indivíduos e coletividades concretas. O ser humano nos dias atuais é um ser mais rico e complexo em comparação com o humano de um século atrás, por exemplo, no que diz respeito às potencialidades e possibilidades desenvolvidas. Devemos qualificar como humanizadores ou humanizantes, portanto, os processos que colaborem para ampliação e enriquecimento do gênero e para sua correspondente expressão nos indivíduos singulares. (GOMES, 2011, p. 100)

As ações e propostas, cerceadas pela ideologia burguesa, autonomizam a individualidade, buscando pensar somente no âmbito particular ou singular, individualizando casos, relativizando soluções. É preciso ter clareza de que a individualização dos humanos, somada à máscara de cidadão, fazem perder a dimensão comunitária ou coletiva da humanidade. Ao se perder de vista o caráter ontologicamente social da vida humana, a visão capitalista burguesa carrega em si a ideia de naturalização da vida humana como a observamos fenomenicamente no cotidiano, com a fragmentação de coletivos, a individualização dos seres; tudo isso, reforçado ideologicamente pelo conceito de cidadania, o qual mascara as relações sociais e coloca todos num patamar ilusório e idealista de “igualdade”. Essa naturalização da desigualdade e da individualidade torna impossível, sem um estudo sistematizado e uma crítica elaborada, que seja observada a relação que a coletividade tem em determinado processo da vida. Marx, na obra *A sagrada família*, afirma a natureza social do homem, reiterando que o poder de sua natureza não é medido pelo poder individual, mas sim pelo poder da sociedade como um todo.

Deste modo, segundo Barata Moura (2011: 170), o homem humanizado é aquele que realiza, de maneira não alienada, as possibilidades concretas compartilhadas socialmente pelo gênero humano. O que significa que o ato de promover humanização não é possível através de ações pontuais, individualizantes e fragmentadas; o homem humanizado é o homem plenamente socializado, o homem da práxis teleológica, o homem que compartilha com os demais os frutos do trabalho coletivo e compartilha com os demais o planejamento para satisfação de suas necessidades. Para o autor,

O regresso do homem a si, neste horizonte de uma socialidade (re)estabelecida, marca a tomada em mãos (e daí a necessidade de um triunfo sobre diferentes alienações) da tarefa constitutiva do seu ser: o labor prático do mundo, a mediação social histórica das realidades ao longo de todo um processo partilhado (e co-operativo) do viver. (BARATA MOURA, 1997, p. 171).

Humanizar, portanto, em sentido amplo, é uma tarefa social do gênero humano como um todo, que não se restringe e é impossível de se concretizar num aspecto específico da vida humana. Para se ter um serviço de saúde humanizado, por exemplo, é preciso que existam homens humanizados, fato que depende de uma organização social que permita ao gênero humano se realizar como um todo. Sobre isso, Marx e Engels afirmam que é preciso:

(...) permanecer constantemente sobre o solo da história real; não de explicar a práxis partindo da ideia, mas de explicar as formações ideais a partir da práxis material e chegar, com isso, ao resultado de que todas as formas e [todos os] produtos da consciência não podem ser dissolvidos por obra da crítica espiritual, por sua dissolução na “autoconsciência” ou sua transformação em “fantasma”, “espectro”, “visões”, etc., mas apenas pela demolição prática das relações sociais reais de onde provêm essas enganações idealistas; não é a crítica; mas a revolução a força motriz da história (...) (MARX & ENGELS, 2011, p. 43).

Com isso, é evidente que a promoção da humanização se efetivará não quando “cada um fizer sua parte”, dentro dos preceitos da “autoconsciência”; mas sim, quando uma mudança nas nossas relações sociais permita uma mudança no modo de produção, visto que é o ser social que determina a consciência (MARX, 2011).

Se o processo de desumanização está intimamente atrelado à alienação, e sendo a alienação um fruto da divisão de classes na sociedade, a superação da

alienação - e portanto, da desumanização - necessita de uma superação da sociedade de classes.

Sendo a humanização, do ponto de vista marxista, definida como o grau máximo de acesso ao que o gênero humano criou socialmente, humanizar o Sistema Único de Saúde vai muito além de gerir adequadamente os poucos recursos destinados aos serviços de saúde, ou ainda de uma atitude solidária por parte dos profissionais de saúde. É claro que não se está negando o caráter importante de uma boa gestão e de atitudes acolhedoras dentro dos serviços de saúde. Porém, é preciso que estas medidas ditas humanizadoras não sirvam como um atenuante para as carências de acesso aos produtos humanos existentes, ou uma distração para as reais mudanças necessárias, visando a promoção de um sistema de saúde – e uma organização social - realmente humanizados.

A luta pela humanização na saúde não pode estar, portanto, isolada na organização dos serviços de saúde e desvinculada de uma luta geral na sociedade, na qual a classe trabalhadora atue politicamente para conquistar direitos e mantê-los. A busca pela integralidade, pela saúde pública e gratuita, por acessibilidade irrestrita, por universalidade, pela máxima qualidade do atendimento em saúde, e por todos os princípios norteadores do SUS, precisa ser fortalecida e diária. É preciso que haja a luta política na defesa do sistema público de saúde, compreendendo que a produção de saúde faz parte da estrutura organizativa da sociedade, sendo por ela influenciada; desta forma, estes dois espaços de organização política, da luta geral e da luta específica, são indissociáveis. Questionar o funcionamento dos serviços de saúde significa questionar a organização política social geral e seus desdobramentos e impactos na vida cotidiana de quem participa destes serviços de saúde. Por conseguinte, falar sobre a humanização isolando ou compartimentalizando esta crítica somente dentro do próprio serviço de saúde, torna as ações propostas muito aquém das reais necessidades de mudança.

5. RESULTADOS

5.1 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Neste item serão apresentados os resultados da revisão sistemática da literatura, realizada para organizar a busca de artigos desta pesquisa, conforme descrição no capítulo 3, que descreve a metodologia desta dissertação. Os critérios de busca adotados para esta revisão foram a associação de descritores oficiais do Decs com termos livres (“humanization of assistance” OR “humanization”) AND (“public health” OR “social medicine” OR “community medicine” OR “community health”).

O corpus final de artigos após a triagem sistematizada e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, os quais já foram descritos no capítulo 3, consiste em 86 artigos. Segue a análise detalhada dos artigos referentes à revisão realizada nesta pesquisa, organizada por temas.

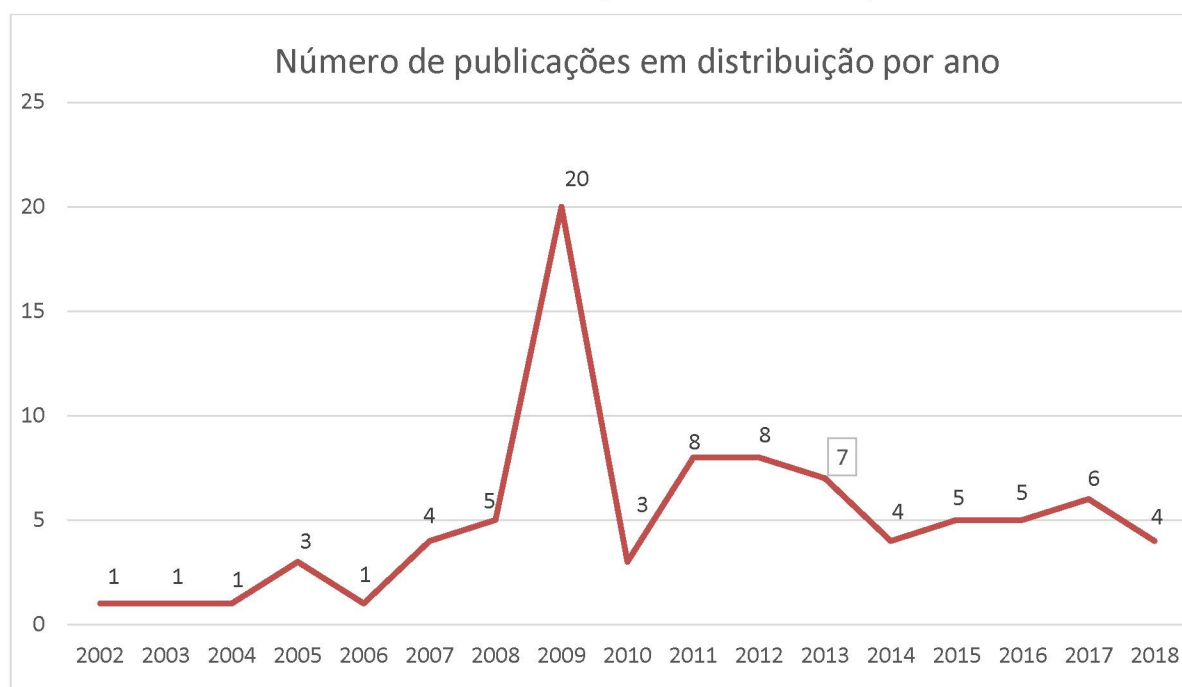
5.1.2 ANO DAS PUBLICAÇÕES

Um dos primeiros quesitos analisados em relação aos artigos foram os anos de publicação, pois conforme descrito na sessão de metodologia, não foi utilizada delimitação de período ou ano para os artigos, com intuito de obter um panorama geral da produção sobre humanização na saúde coletiva brasileira ao longo do percurso temporal da produção acadêmica.

Deste modo, em relação à distribuição da produção de artigos ao longo do tempo, foi possível observar que todos os artigos encontrados nesta estratégia de busca foram publicados a partir do ano de 2002. Apesar da inexistência de limite de tempo ou ano na presente estratégia de busca, não houveram ocorrências de produção acadêmica referentes à década de 1990 ou de anos anteriores. Observou-se um aumento no volume de publicações a partir de 2008.

O gráfico 1 mostra a distribuição da produção acadêmica da revisão de acordo com o número publicações por ano:

GRÁFICO 1: NÚMERO DE PUBLICAÇÕES EM DISTRIBUIÇÃO POR ANO



FONTE: a autora

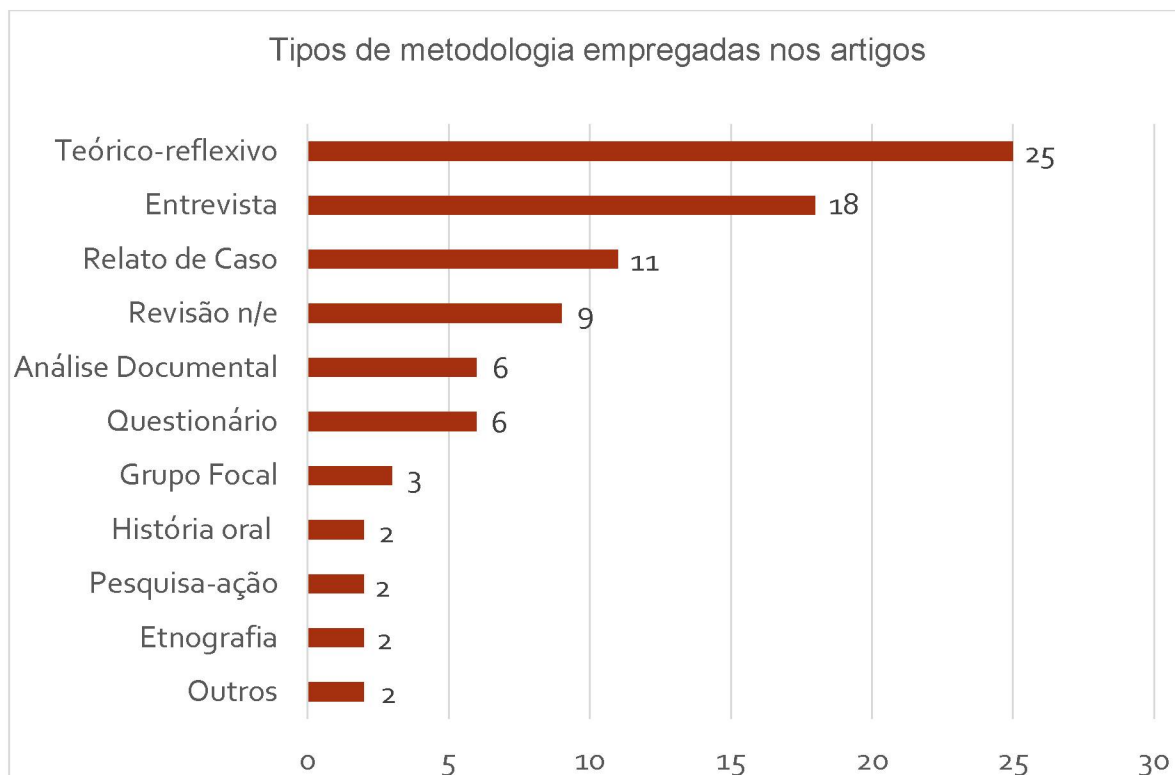
Conforme dados apresentados no gráfico 1 acima, a maior concentração de publicações sobre humanização no Brasil, com nossa estratégia de busca, ocorreu no ano de 2009, no qual o número de publicações foi maior que o triplo da média das publicações nos demais anos. Desta forma, o ano de 2009 foi o ano com maior expressividade de publicações, em termos quantitativos. Os anos de 2011 a 2013 foram os que mais tiveram ocorrências de publicações nesta revisão, após o ano de 2009. De 2002 a 2007 as publicações encontradas foram de pequena monta. Não foram observadas publicações, nesta estratégia de busca, antes do ano 2002.

5.1.3 METODOLOGIAS DOS ESTUDOS

Outro aspecto relevante para a análise dos artigos é a metodologia empregada em cada estudo. Este dado foi coletado em relação à sua abordagem qualitativa, quantitativa ou mista e em relação ao seu procedimento técnico-metodológico, ou seja, de acordo com a metodologia empregada para a coleta de dados.

Desta forma, o seguinte gráfico 2 demonstra a prevalência das metodologias empregadas nas pesquisas narradas pelos artigos da revisão:

GRÁFICO 2: TIPOS DE METODOLOGIA EMPREGADAS NOS ARTIGOS



FONTE: a autora

De acordo com os tipos metodologias utilizadas nos estudos, o procedimento técnico-metodológico, ou seja, a metodologia de pesquisa predominantemente utilizada nos artigos participantes desta revisão foi a teórico-reflexiva, tendo uma frequência absoluta de 25 artigos, correspondendo a 29,07% da totalidade dos estudos.

Em segundo lugar, a metodologia de entrevista semi-estruturada correspondeu a aproximadamente 21% do total de artigos analisados neste estudo, com uma frequência absoluta de 18 artigos. O terceiro tipo de estudo com maior frequência absoluta foi o de relato de caso, com um total de 11 artigos, correspondendo a aproximadamente 12,8% do total de estudos. Dos artigos publicados no ano de 2009, cujo volume de publicação foi o mais expressivo, 50% consistiu em análises teórico-reflexivas, com uma frequência absoluta de 10 artigos.

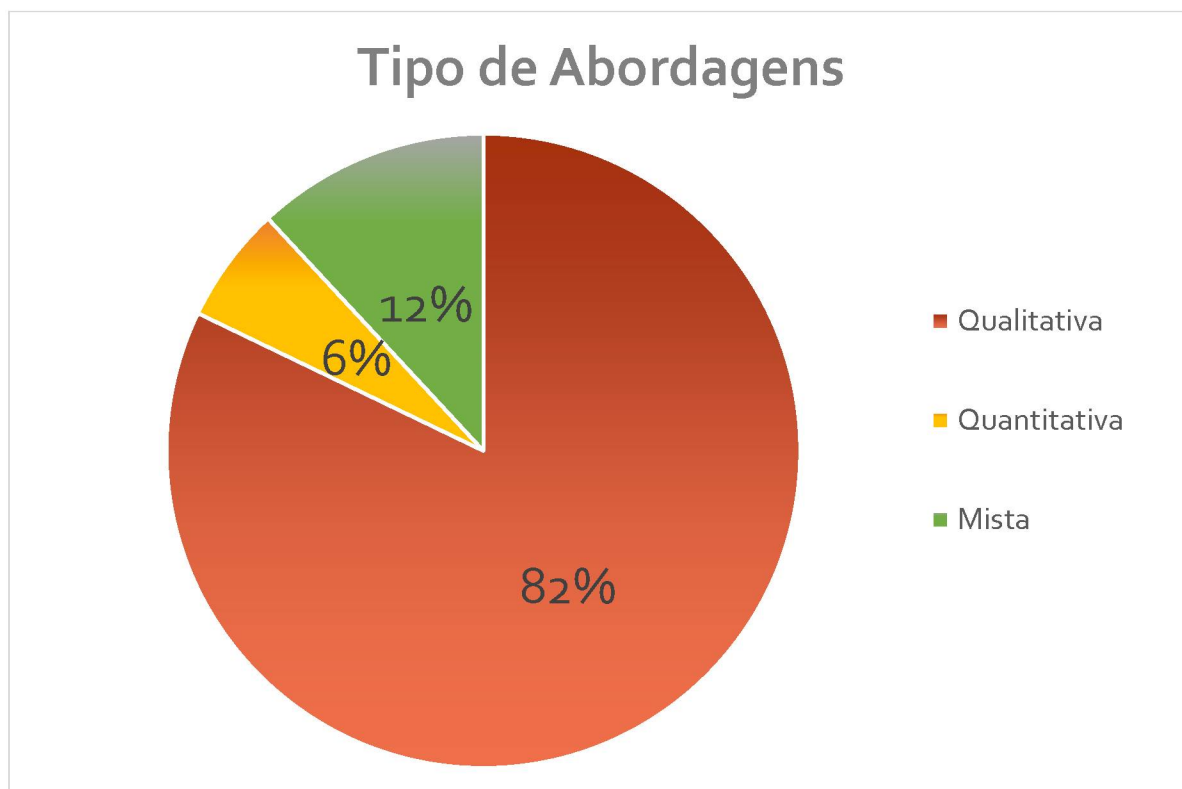
Sobre a natureza dos estudos, apenas 6 do total de 86 artigos não apresentaram aproximação qualitativa. Das metodologias de pesquisa empregadas, 69 artigos apresentam metodologias utilizadas para abordagens qualitativas, como é

o caso das técnicas de pesquisa relatos de caso, entrevistas, grupos focais, análises documentais, etnografias, histórias orais, pesquisas-ação. Análises documentais e pesquisas com teor teórico-reflexivo foram também consideradas dentro da perspectiva de abordagem qualitativa, visto que partem da escolha particular do autor, de acordo com uma linha teórica escolhida, para traçar sua análise do objeto. Estas metodologias de abordagem qualitativa, juntas, representam 80,2% do total de artigos.

Porém, outras metodologias, como questionários e revisões, apesar de em um primeiro momento poderem ser automaticamente consideradas como quantitativas, foram declaradas por seus autores como portadoras de uma abordagem qualitativa na fase de análise e discussão dos dados. Apesar do método de coleta dos dados, é preciso levar em consideração também a abordagem elegida pelo autor para a interpretação dos dados. Desta forma, apesar do seu método de coleta ser mais utilizado para pesquisas quantitativas, seus autores optaram por realizar uma análise dos dados dentro de uma perspectiva qualitativa. Este é o caso dos artigos cuja metodologia de pesquisa se deu por aplicação de questionários, por exemplo. Houve 5 artigos que utilizaram esta metodologia de pesquisa, e dentre eles, 4 declararam ter usado concomitantemente a técnica de análise de conteúdo para realizar suas análises e discussões, com o intuito de realizar uma abordagem qualitativa. O mesmo ocorre em relação aos artigos cuja metodologia de pesquisa foi a de revisão: dos 9 artigos com esta metodologia, 5 deles manifestaram de maneira clara que tiveram o intuito de realizar uma revisão com uma síntese qualitativa dos dados obtidos, por valorizar em suas análises o tratamento e interpretação qualitativa dos dados.

Desta forma, estes artigos com metodologia de questionário e revisão que declararam aproximarem-se de uma abordagem qualitativa para suas análises foram interpretados como portadores de abordagem mista, cujo uso tem crescido na área da saúde (SANTOS ET AL, 2017). Estes estudos mistos “combinam abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa em uma mesma investigação.” (SANTOS et al, 2017, p. 2). Estes dados estão esquematizados em percentagem no gráfico 3 abaixo.

GRÁFICO 3: TIPO DE ABORDAGENS DOS ARTIGOS



FONTE: a autora

5.1.4 OS TIPOS DE PERIÓDICOS

Outro aspecto importante para a compreensão da produção acadêmica sobre humanização é observar os tipos de periódicos em que as publicações sobre humanização ocorreram.

O quadro 1 demonstra a listagem de todos os periódicos que realizaram as publicações dos artigos desta revisão, bem como a frequência absoluta de publicações por periódico.

QUADRO 1: LISTAGEM DE PUBLICAÇÕES POR PERIÓDICOS

PERIÓDICOS	N DE ARTIGOS
Interface	17
Ciência e Saúde coletiva	9
Saúde e Sociedade	6
Baiana de Enfermagem	4
Médica de Minas Gerais	
Enfermagem UERJ	3

Enfermagem UFPE	3
Escola Anna Nery	3
Physis: Saúde Coletiva	3
Brasileira de Enfermagem	2
Gaúcha de Enfermagem	2
Psicologia e Sociedade	2
Mineira de Enfermagem	2
Psicologia Ciência e Profissão	2
Saúde Pública	2
Ciência e cuidado em saúde	2
APS	1
Arquivos Catarinenses de Medicina	1
Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR	1
Baiana de Saúde Pública	1
Caderno de Terapia Ocupacional UFSCAR	1
CEFAC	1
Cuidado é fundamental online	1
CuidArte Enfermagem	1
Distúrbios da Comunicação	1
Eletrônica de Enfermagem	1
Enfermagem da UFSM	1
Epidemiologia e Serviços de Saúde	1
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública	1
International Nursing Review	1
O Mundo da Saúde	1
Panamericana de Salud Publica	1
RECIIS	1
Rede de Enfermagem do Nordeste	1
Saúde Coletiva	1
Sociedade Brasileira de Clínica Médica	1
TOTAL	86

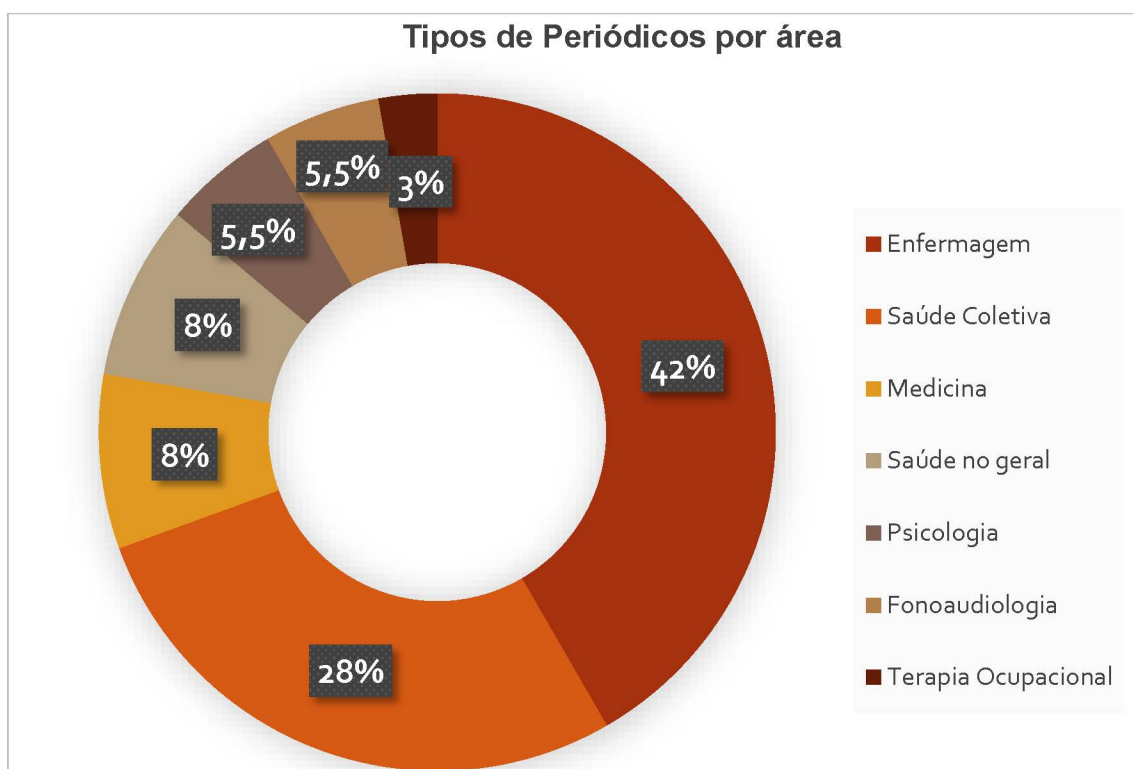
FONTE: a autora

Com o quadro 2 acima, observa-se a presença de uma variedade de 36 periódicos, dentre os quais, o periódico que mais publicou sobre o tema humanização foi a revista Interface de Botucatu, correspondendo a 19,8% do total de publicações, seguida das revistas Ciência e Saúde Coletiva em segundo lugar, correspondendo a

10,5% das publicações e o periódico Saúde e Sociedade, em terceiro lugar, correspondendo a 7% das publicações.

Em relação ao tipo de periódico, o gráfico 4 demonstra a distribuição das publicações por enfoque temático geral.

GRÁFICO 4: TIPOS DE PERIÓDICOS POR ÁREA



FONTE: a autora

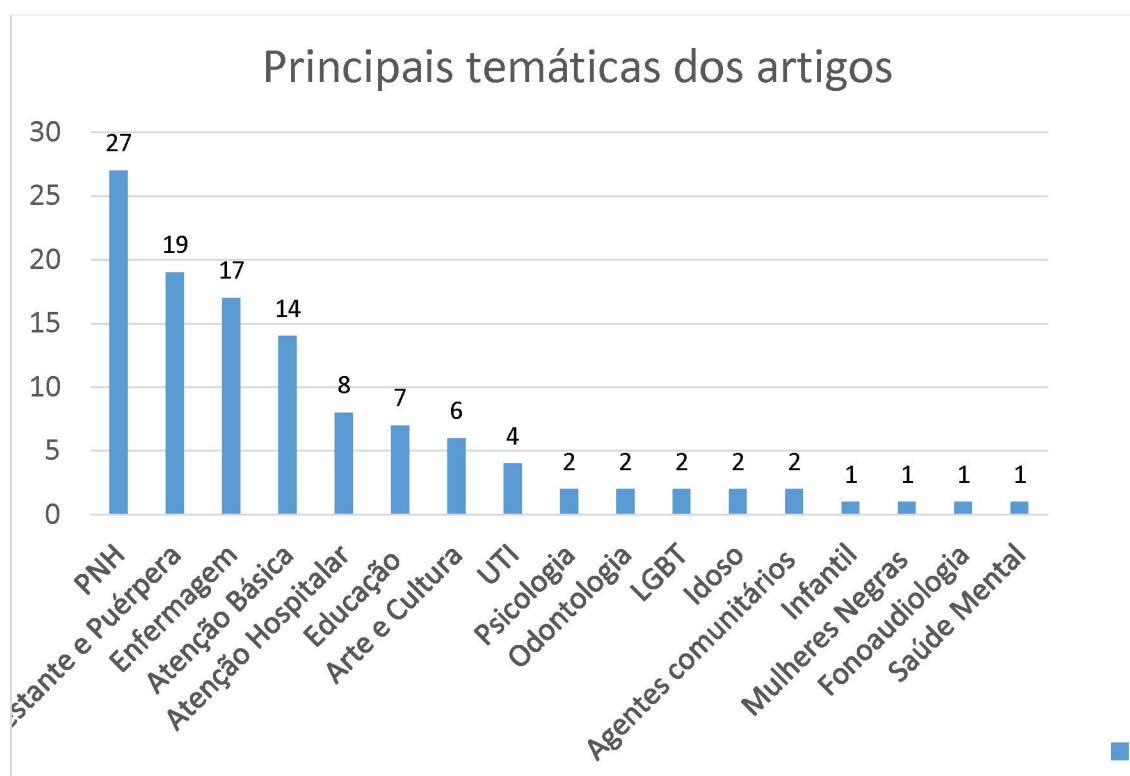
Com este gráfico, observamos que a maioria dos periódicos que publicaram sobre humanização possuem foco de discussão na área da Enfermagem, correspondendo a 15 periódicos ou 42% do total de 36 periódicos. Em segundo lugar, 10 dos periódicos são da área específica da Saúde Coletiva, correspondendo a 28% do total. Periódicos específicos da área médica geral ou de saúde geral obtiveram um total de 3 periódicos cada, correspondendo cada uma destas categorias a 8% do total de periódicos. Em seguida, periódicos das áreas específicas de Psicologia e Fonoaudiologia obtiveram um total de 2 publicações em cada área, totalizando 5% do total cada um; e por fim, houve uma publicação em periódico de terapia ocupacional, correspondendo a 3% do total de publicações.

Periódicos de outras categorias profissionais não foram encontrados nesta revisão, tais como nutrição, fisioterapia, farmácia.

5.1.5 TEMÁTICAS DOS ARTIGOS

Todos os artigos possuem a centralidade da discussão sobre humanização, conforme critérios de inclusão descritos no item de metodologia. Porém, cada artigo trata da humanização de acordo com um assunto específico, seja com enfoque no atendimento em saúde, seja com enfoque na prática de uma categoria profissional específica, seja para a discussão mais teórica e geral sobre humanização. Desta forma, buscamos observar quais assuntos foram mais frequentes atrelados à discussão de humanização nos artigos. O gráfico 5 demonstra os principais temas relacionados à humanização tratados nos artigos:

GRÁFICO 5: PRINCIPAIS TEMÁTICAS DOS ARTIGOS



FONTE: a autora

Importante explicar que um artigo pode ter apresentado mais de um assunto central relacionado à humanização e, portanto, ter sido contabilizado mais de uma vez no gráfico 5. Por exemplo, um artigo que discuta arte e cultura especificamente relacionado ao ambiente hospitalar, foi alocado em ambos os eixos.

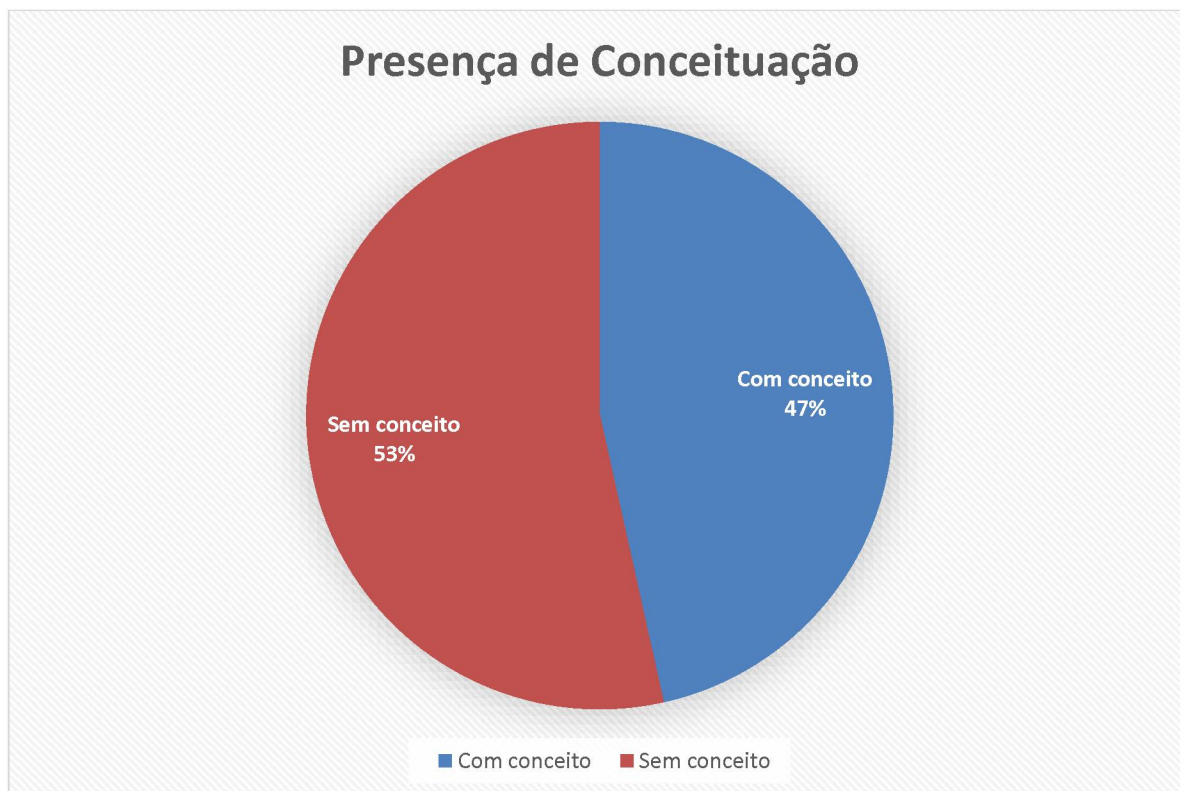
A partir deste gráfico, observa-se que o assunto mais frequentemente discutido nos artigos é a própria PNH, com um total de 27 artigos com este enfoque de estudo, seguido da assistência à gestante e puérpera, seja no pré-natal, parto ou pós-parto, com um total de 19 artigos. Em terceiro lugar, outro assunto relevante diz respeito à categoria profissional da enfermagem, visto que 17 artigos tem o propósito de discutir a humanização do ponto de vista desta profissão. A área da atenção básica é o terceiro assunto mais discutido nos artigos, com 14 artigos. Discussão específica de humanização do ponto de vista da atenção hospitalar teve 8 ocorrências, seguida de educação, com 7 artigos. O debate de humanização do ponto de vista da arte e da cultura teve ocorrência de 6 artigos. Os demais assuntos demonstrados no gráfico tiveram menos de 4 ocorrências, tendo menor expressão.

5.1.6 CONCEITUAÇÃO DE HUMANIZAÇÃO

Neste tópico elencamos os artigos em termos de presença ou ausência de conceito de humanização. Por conceito entendemos como a compreensão ou definição que se tem de uma palavra, ou seja, o ponto de vista sobre determinado objeto.

Em relação às concepções de humanização presentes nos estudos, observou-se que 46 artigos, mais da metade do total, não apresentaram conceituação clara do termo humanização, apesar de todos terem como objeto principal, segundo critérios de inclusão da revisão sistemática, a discussão de humanização na saúde. Dos 86 artigos totais, portanto, 40 apresentaram conceituação de humanização. Os percentuais de distribuição dos estudos em relação à presença ou ausência de conceituação de humanização no corpo do artigo podem ser observados nos gráficos 6 e 7 abaixo.

GRÁFICO 6: PRESENÇA DE CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO NOS ESTUDOS



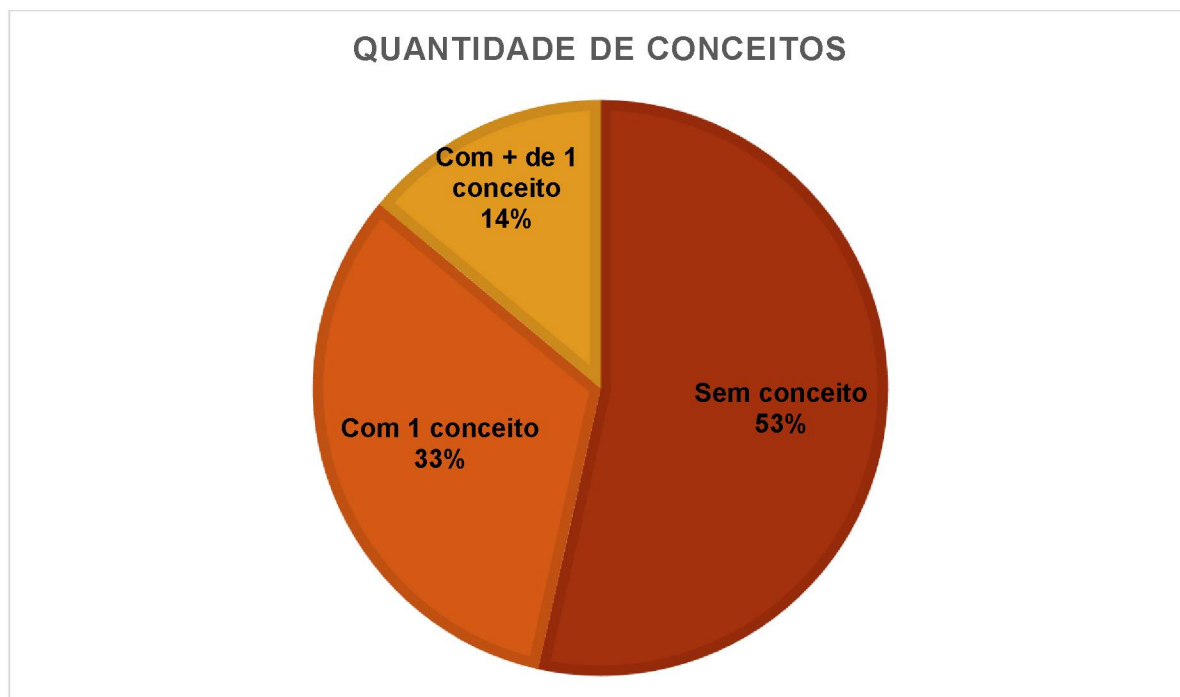
FONTE: a autora

É possível notar que a maioria, correspondendo a precisamente 53% dos estudos, não possui uma definição precisa do termo humanização ou dos conceitos de humanização que estão utilizando, ou seja, não houve uma definição exata do conceito de humanização sobre o qual edificaram seu trabalho.

Dentre os 40 artigos que apresentaram conceito de humanização, correspondendo ao equivalente de aproximadamente 47% do número total de artigos, observamos que 12 deles apresentaram mais de um conceito de humanização ao longo do corpo do artigo, ou seja, apresentaram duas ou mais conceituações diferentes ao longo do desenvolvimento de sua análise. Outros 28 artigos apresentaram apenas uma conceituação de humanização, correspondendo a 33% do total de artigos.

A distribuição percentual em termos de conceituação dos artigos pode ser observada no gráfico 7 abaixo:

GRÁFICO 7: PROPORÇÃO DE PUBLICAÇÕES EM RELAÇÃO À PRESENÇA DE CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO



FONTE: a autora

5.1.7 ASPECTOS DE HUMANIZAÇÃO

Por fim, chegamos à descrição dos aspectos humanizadores encontrados nos artigos. Abaixo no quadro 2 estão listados os conceitos extraídos da revisão sistematizada, os quais tem como objetivo definir a humanização:

Quadro 2: conceituações de humanização nos artigos

Conceito/definição	Referência
1. Capacidade de comunicação e entendimento entre os que se relacionam	Pekelman et al, 2009
2. Potencializar as diversas formas de intervenção que o ato de cuidar possibilita	Pekelman et al, 2009
3. Diversidade e concretude de suas experiências de homem contraditório, inacabado, mas também com potencial de criação de práticas e de si, na busca de novos projetos de existência	Verdi et al, 2015

4.	Fazer boas ações, demonstrar ternura e respeito, sentir o outro	Martins et al, 2008
5.	Ver o outro como um ser humano, um ser total: corpo, mente, emoção e espírito.	Martins et al, 2008
6.	Integração entre o profissional e o usuário	Martins et al, 2008
7.	Melhora das condições de trabalho e a qualidade no atendimento	Martins et al, 2008
8.	Dar qualidade à relação profissional-paciente	Martins et al, 2008
9.	Ética dos serviços de saúde	Junges et al, 2011
10.	Conjunto de estratégias para qualificar a atenção e a gestão do SUS	Junges et al, 2011
11.	Garantir à palavra a sua dignidade ética	Junges et al, 2011
12.	Conjunto de práticas que incluem o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, nas quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos disponíveis	Bessa; Mamede, 2010.
13.	Garantir à palavra a sua dignidade ética, em outros termos, o sofrimento, a dor e prazer expressos pelos sujeitos em palavras necessitam ser reconhecidas pelo outro (MS, 2000a), dado que as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes	Deslandes, 2004
14.	Humanizar a produção dessa assistência.	Deslandes, 2004
15.	Cuidar das pessoas como um todo, oferecendo-lhes tudo que é de direito	Rêgo et al, 2014
16.	Conjunto de práticas que visam a promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal	Pereira, 2006
17.	Humanizar as condições de trabalho do profissional de saúde, da área de saúde, adequando a oferta de serviços às necessidades da população	Pereira, 2006

18. Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores	Moimaz et al, 2016
19. Valorizar os sujeitos participantes do processo de produção de saúde	Zanfolim et al, 2015
20. Tornar humano	Queiroz et al, 2003
21. Atenção que se dá ao outro, pela sua condição humana, dedicação diante de sua complexidade de exigências e ações vitais	Queiroz et al, 2003
22. O ato de tratar bem	Queiroz et al, 2003
23. Respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas e biológicas e sociais	Capilé et al, 2011
24. Tornar a mulher protagonista desse evento, dando-lhe liberdade de escolha nos processos decisórios, respeitando sua dignidade, autonomia e controle	Capilé et al, 2011
25. Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; mudança na cultura da atenção e da gestão do trabalho	Bernardes e Guareschi, 2007
26. Tornar humano, civilizar, dar condição humana	Pereira, 2012
27. Democratização das relações entre os trabalhadores, usuários e gestores	Pereira, 2012
28. Tornar humano, educado, afável, civilizado	Celín et al, 2012
29. Processo contínuo da ampliação da esfera do ser que vai bem além de um conjunto específico de competências e habilidades	Lima et al, 2014
30. Valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde	Beck et al, 2008
31. Forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais.	Ortona e Fortes, 2012
32. Conjunto de relações sociais	Garcia et al, 2010
33. Aspecto da realidade humana que se transforma com o passar do tempo, assim como o próprio homem	Garcia et al, 2010

34. Atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais	Garcia et al, 2010
35. Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde	Garcia et al, 2010
36. Transformação cultural de atenção aos usuários e da gestão de processos de trabalho	Beck et al, 2009
37. Reconhecimento do protagonismo dos sujeitos (usuários, trabalhadores e gestores), de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos, dos direitos e da participação coletiva no processo de gestão.	Figueredo et al, 2015
38. Analisar processos de trabalho	Morschel e Barros, 2014
39. Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores	Doricci et al, 2016
40. Conjunto de estratégias para qualificar a atenção e a gestão	Junges e Barbiani, 2012
41. Valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), através da autonomia e do protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão	Silva et al, 2017
42. Resgatar o cuidar ao ser	Martins et al, 2011
43. Processo de subjetivação, que se efetiva com a mudança nos modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde	Falk et al, 2009
44. Tornar humano, civilizar, dar condição humana	Rizzotto, 2002
45. Construção das condições de emergência de trabalhadores e usuários protagonistas, autônomos e corresponsáveis.	Pasche et al, 2011
46. Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores	Cotta et al, 2013

47. Conjunto de processos que visam transformar a cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as práticas de saúde e gestão dos serviços baseados na busca de soluções compartilhadas por todos os envolvidos em tais ações	Rios e Battistella, 2013
48. A necessária redefinição das relações humanas na assistência	Diniz, 2005
49. Reorganizar os processos de trabalho, formar e qualificar trabalhadores, garantir os direitos e a cidadania dos usuários por meio do controle e da participação popular, é instituir práticas fundadas na integralidade	Carvalho et al, 2013
50. Investir na radicalidade do homem enquanto tal, é localizar sua existência na coletividade e, portanto, ressaltar sua responsabilidade junto às existências que o cercam	Filippon e Kantorski, 2011
51. Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.	Filippon e Kantorski, 2011
52. Mudança nos modelos de gestão em sua indissociabilidade	Filippon e Kantorski, 2011
53. Estratégia de interferência nas práticas de saúde levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo.	Benevides e Passos, 2005
54. Possibilitar aos sujeitos das práticas a experimentação de outras perspectivas de construção da existência, mais em lateralidade em relação aos outros, forjando em si e em outros novas atitudes, novas éticas, permitindo a construção de novas realidades sociais, políticas, institucionais e clínicas, emergentes e dependentes da produção de novos sujeitos	Pasche, 2009
55. Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores	Romero e Pereira-Silva, 2011
56. Tarefa sempre inconclusa da reinvenção de nossa humanidade	Martins e Luzio, 2017

57. Ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais	Gibaut e Mussi, 2013
58. Ideia, busca e preservação da dignidade humana	Silva et al, 2008
59. Toda e qualquer iniciativa que fosse tomada no sentido de se resgatar a dignidade humana “perdida”	Silva et al, 2008

FONTE: a autora

Este quadro será retomado na sessão de discussão, realizada no capítulo seguinte, no qual as conceituações serão reagrupadas e analisadas de acordo com categorias de eixos temáticos.

Além das conceituações, os artigos trazem elementos – aspectos, propostas, diretrizes – que consideram humanizadores se adotados no âmbito dos serviços de saúde. Esses elementos considerados humanizadores, encontrados na revisão, foram reunidos na tabela abaixo, em tópicos, com suas respectivas frequências absolutas de aparição:

Tabela 1: elementos humanizadores por frequência absoluta

Elemento humanizador	Frequência Absoluta
1. Acolhimento	42
2. Co-gestão / Gestão Participativa / Participação Popular	38
3. Corresponsabilidade / Partilha de Decisões	31
4. Respeito (crenças, culturas, sexualidade, diversidade, raça, subjetividades)	28
5. Defesa de direitos do usuário	27
6. Vínculo	26
7. Diálogo / rodas de conversa	26
8. Autonomia	25
9. Atitude / Cultura de atendimento / Atenção	25
10. Mudança de relações / democratização / horizontalidade / transversalidade	24
11. Ambiência / melhora no espaço físico	24

12.	Integralidade / atendimento holístico	22
13.	Relações humanas qualitativas / Bom relacionamento / Atenção digna	22
14.	Capacitação / Ações educativas / Palestras	21
15.	Protagonismo	20
16.	Mudança na gestão	20
17.	Melhora na comunicação	20
18.	Melhora na escuta	20
19.	Atendimento com qualidade / Qualidade total	20
20.	Ética / Bioética	18
21.	Valorização profissional	18
22.	Satisfação dos usuários / atendimento de suas necessidades	17
23.	Resolutividade / Competência científica / Qualificação profissional	17
24.	Melhores condições de trabalho	17
25.	Multidisciplinaridade / Transdisciplinaridade / Interdisciplinaridade / Trabalho em Equipe	15
26.	Redes de cooperação / Apoio institucional	14
27.	Acessibilidade	14
28.	Uso de tecnologias	14
29.	Valorização das queixas dos pacientes / Oportunidade de expressão de subjetividade e opinião	14
30.	Presença de acompanhante	13
31.	Educação permanente / Educação continuada	12
32.	Clínica ampliada	12
33.	Empatia	11
34.	Reorganização do Trabalho / Análise do Trabalho	11
35.	Troca de saberes entre os atores	10
36.	Melhoria na estrutura	9
37.	Respeito no parto	9
38.	Protagonismo da mulher / Participação ativa no parto	8
39.	Educação humanística	8
40.	Solidariedade	8
41.	Uso de artes (palhaços, literatura, música, teatro)	8
42.	Grupos sobre humanização / comitês	8

43.	Equidade	8
44.	Cidadania	8
45.	Uso racional de tecnologias e procedimentos / desmedicalização	7
46.	Singularização do caso / Individualidade	7
47.	Bondade / Bem comum / Amor / Simpatia	6
48.	Avaliação / Pesquisa de Satisfação	6
49.	Liberdade de movimento e posição no parto	6
50.	Cuidado / Carinho / Cooperação	6
51.	Universalidade	6
52.	Sensibilização	5
53.	Pré-natal integral / efetivo	5
54.	Informação sobre procedimentos	5
55.	Poder de escolha do tipo de parto	5
56.	Visita ampliada	5
57.	Saúde ocupacional / Bem-estar no trabalho	5
58.	Debate sobre instituição / Reuniões / Discussões	5
59.	Crítica / Reflexão	5
60.	Interação academia e serviço / Alunos como atores	4
61.	Partilha de Emoções	
62.	Vínculo com bebê / Inclusão da família no cuidado ao bebê	4
63.	Relação de confiança	4
64.	Classificação de risco	4
65.	Inclusão social / do outro	4
66.	Serviço de Ouvidoria	4
67.	Exames	4
68.	Incentivo ao aleitamento materno	4
69.	Projeto Terapêutico Singular	4
70.	Construir memória do SUS que dá certo	3
71.	Apoio matricial	3
72.	Chamar paciente pelo nome	3
73.	Redução de cesarianas	3
74.	Descentralização	3
75.	Uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor no parto	3
76.	Evitar episiotomia	3

77.	Qualidade de vida dos usuários	2
78.	Dar conta de toda a demanda	2
79.	Hierarquização	2
80.	Regionalização	2
81.	Acesso a medicamentos na unidade	2
82.	Liberdade	2
83.	Uso de Sistema de Informação	2
84.		
85.	Compreensão de condições sociais e ambientais	2
86.	Atitude humanizada de professor / Uso de metodologias ativas	2
87.	Combater a violência	2
88.	Início pré-natal no 1 trimestre	2
89.	Visita domiciliar	2
90.	Direito de negar procedimentos de rotina no parto	2
91.	Direito ao uso de nome social	2
92.	Uso de método Canguru	2
93.	Profissional sempre a disposição / Colocar as necessidades do paciente acima das suas	2
94.	Uso de mídias sociais	2
95.	Atividade física na unidade	1
96.	Sentimento de união	1
97.	Plantão Psicológico semanal	1
98.	Compartilhamento	1
99.	Promoção de bem-estar	1
100.	Diminuição de filas / tempo de espera	1
101.	Atendimento odontológico	1
102.	Colocar placa com o nome do paciente	1
103.	Melhor vínculo empregatício	1
104.	Conjunto de valores interiorizados	1
105.	Conhecer o outro	1
106.	“Processo de enfermagem” / Ação administrativa do enfermeiro	1
107.	Prestação de contas	1
108.	Vacinação	1
109.	Rapidez no atendimento	1

110.	Colegiado de Gestão	1
111.	Distribuir camisinha	1
112.	Atenção ao aborto	1
113.	Aloimunização	1
114.	Assistência à gestação de adolescente	1
115.	Assistência à depressão puerperal	1
116.	Direito de optar por tratamento	1
117.	Zelo e dedicação profissional	1
118.	Justiça	1
119.	Satisfação profissional	1
120.	Utilização de protocolos	1
121.	Uso de EPI	1
122.	Atendimento de urgência na unidade	1
123.	Falar sobre as vantagens do parto normal	1
124.	Estimular deambulação na gestante	1
125.	Mensuração de índice de Apgar	1
126.	Atendimento de necessidades fisiológicas	1
127.	Atenção primária	1
128.	Melhorar morgue	1
129.	Dignificar o trabalho	1
130.	Criar unidade de produção	1
131.	Boa localização geográfica da unidade	1
132.	Mudança no trabalho médico-centrado e fragmentado	1
133.	Produção de conhecimento / Pesquisa sobre cuidado	1
134.	Banho humanizado no RN	1
135.	Garantir o acesso de travestis a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde	1
136.	Criação no trabalho	1
137.	Inserir quesito cor em ficha de identificação	1
138.	Identificar religião	1
139.	Pesquisar aceitação de visita religiosa	1
140.	Médico bom / virtuoso	1
141.	Pré, durante e pós parto no mesmo ambiente	1
142.	Garantia de vagas de parto para gestantes	1
143.	Auto-cuidado	1

144.	Referência de pré-natal com critério de distribuição geográfica	1
145.	Empoderamento	1
146.	Consulta de puerpério até 40d após o parto	1
147.	Placas de sinalização na unidade	1
148.	Articulação entre ciências humanas e ciências clínicas	1
149.	Presença de enfermeira obstétrica no parto	1
150.	Estilo de vida do paciente	1
151.	Estímulo à fé e esperança	1
152.	Uso de tecnologias leves por parte do enfermeiro	1
153.	Presença de Agente Comunitário de Saúde	1
154.	Estatuto do Idoso	1
155.	Atendimento geriátrico ambulatorial	1
156.	Proibir discriminações em planos de saúde	1
157.	Uso de diferentes práticas terapêuticas	1
158.	Projeto de felicidade	1
159.	Garantir equilíbrio físico e emocional	1
160.	Evitar procedimentos como tricotomia, enema, exame retal, no trabalho de parto, bem com evitar sua aceleração	1

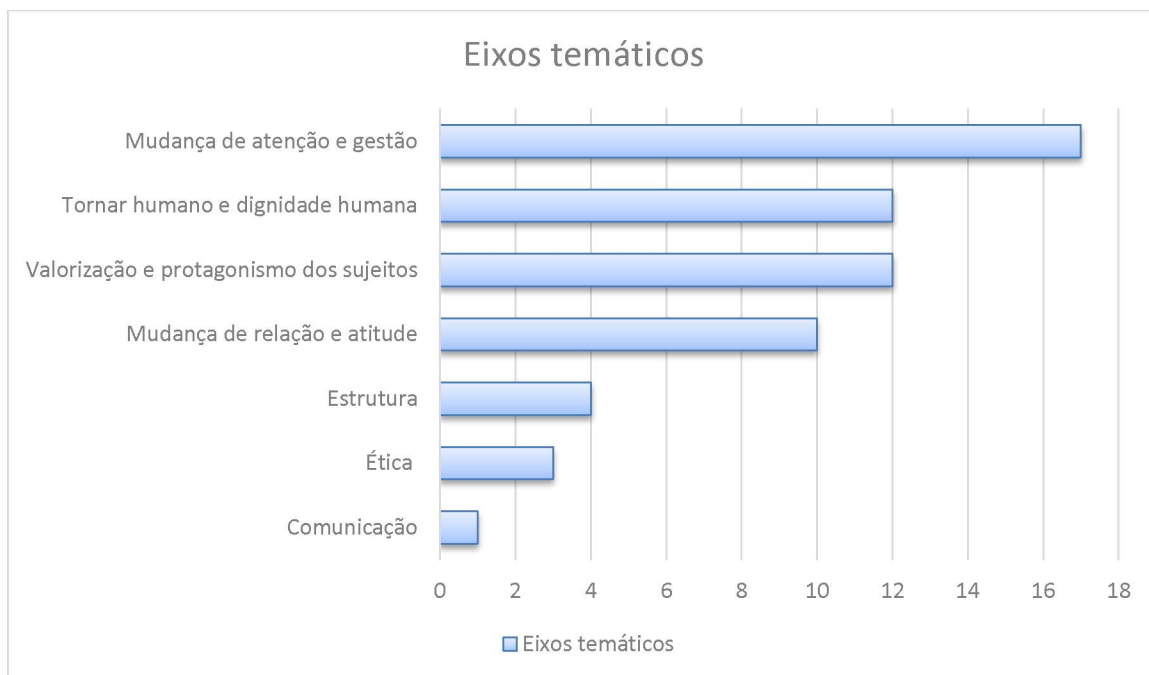
FONTE: a autora

Observamos na tabela 1 acima que os elementos com maior frequência absoluta de citação nos artigos foram: acolhimento, seguido de co-gestão e gestão participativa. Além disso, corresponsabilidade, respeito, defesa dos direitos do usuário, vínculo, diálogo, autonomia, melhora na atenção e mudanças relacionais, com horizontalidade e transversalidade das práticas, foram outros elementos bastante citados como promotores de humanização.

Após a extração de dados, foram identificados diversos conceitos e elementos humanizadores na saúde coletiva, conforme quadro 2 e tabela 1 acima nesta seção de resultados. Tais aspectos, após identificados e tabulados, foram analisadas e reagrupadas de acordo com eixos temáticos elaborados pela autora desta dissertação, utilizando o referencial teórico de análise de conteúdo do tipo categorial temática (BARDIN, 2016).

Cada conceituação apresentada no Quadro 2 foi inicialmente alocada em uma das sete categorias temáticas elaboradas.

GRÁFICO 8: EIXOS TEMÁTICOS DOS CONCEITOS DE HUMANIZAÇÃO



FONTE: a autora

Os eixos temáticos apresentados acima foram elaborados a partir dos temas centrais presentes nos conceitos encontrados nos artigos, e a soma total das conceituações apresentadas não corresponde ao número de artigos. Isto se deve ao fato de que, além de haver artigos que não apresentaram conceituação de humanização, também houve trabalhos que apresentaram mais de uma conceituação, tendo sido cada conceito extraído alocado numa área temática, conforme demonstrado no Quadro 2 na seção de resultados. Desta forma, não há uma equivalência direta entre número de artigos e número de conceitos.

Importante destacar que o eixo que mais obteve expressão foi o que versa sobre mudança de gestão e, indissociavelmente, da atenção, sendo esta noção atrelada ao conceito de humanização introduzido e fomentado pelo documento oficial da PNH. Observa-se também que, dentre as principais categorias temáticas elaboradas, para além do foco na gestão, a valorização e protagonismo dos sujeitos ganha destaque, assim como o apontamento de necessidade de construção de um ser humano com dignidade, as mudanças nas relações e modos de organização dos serviços. No quesito dignidade humana, observa-se a tendência de pensar a construção do humano enquanto condição abstrata e ancorado no princípio da ética

individual, sendo esta uma preocupação que permeia uma parte expressiva da produção acadêmica em saúde coletiva sobre o tema. Observamos que apenas 4 estudos citaram a questão da estrutura dos serviços de saúde como determinantes para a promoção de humanização.

Todos estes eixos temáticos serão discutidos detalhadamente no próximo capítulo.

6. DISCUSSÃO

6.1 ASPECTOS GERAIS

Observamos no gráfico 1 que todos os artigos encontrados em nossa revisão foram publicados a partir de 2002, indicando que, apesar da implementação do SUS a partir de 1990, trazendo em si a pauta da humanização semeada pela Reforma Sanitária, a discussão da humanização na saúde coletiva ganhou expressividade após o PNHAH e a 11ª Conferência de Saúde, as quais ocorreram em 2000 e 1999, respectivamente. O tema da humanização tem sido um assunto presente no pensamento acadêmico em saúde coletiva no Brasil desde então, cuja produção encontrada neste trabalho pertence inteiramente ao século XXI, sendo uma pauta recentemente discutida. Desta maneira, destacamos que a formulação de uma política nacional, bem como as pautas das conferências nacionais de saúde, são espaços de influência sobre o pensamento em saúde, em especial no foco deste artigo, que é a saúde coletiva. Espaços coletivos de debate, bem como políticas nacionais, fomentam debates sobre temas importantes, cumprindo um importante papel na organização, gestão e manutenção dos serviços de saúde. É evidente que a construção de políticas públicas, inclusive por membros da academia, em conjunto com espaços democráticos para amplo debate com entre a academia, a comunidade e instâncias governamentais, trazem consigo potencial de influenciar práticas de saúde e transformar instâncias importantes da vida, como os serviços de saúde.

Com relação à distribuição das publicações ao longo do tempo, também referente ao gráfico 1, o ano de 2009 foi o ano com mais ocorrência de publicações nesta revisão, fato que pode estar relacionado com o lançamento, em 2008, por parte do Ministério da Saúde, do Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, seguido, em 2009, pelo lançamento de uma série de textos e cartilhas sobre aspectos da política de humanização, tais como cartilhas específicas sobre acolhimento, clínica ampliada, rede de apoio, etc. É possível observar que o investimento do governo federal em fomentar a discussão sobre humanização e fornecer materiais base para que os serviços de saúde pudessem estar a par das discussões e diretrizes teve reflexo na produção acadêmica brasileira, demonstrando assim que as pautas inseridas pela formulação de documentos oficiais, para além de políticas nacionais ou

congressos, foram capilarizadas para diversos setores da rede, tendo assim os órgãos governamentais papel importante na forma com que a comunidade lida com a produção de saúde, podendo influenciar pautas e direcionar debates.

A humanização, portanto, é um assunto de problematização relativamente recente na produção científica da Saúde Coletiva brasileira. Ao mesmo tempo, a formulação de políticas de gestão tem se mostrado como importante indutora, não somente do funcionamento dos serviços, mas também da produção científica sobre o tema. Isto significa dizer que as políticas de Estado influenciam e determinam a forma com que os serviços de saúde se organizam, sendo imprescindível que haja uma compreensão sobre o papel do Estado dentro da sociedade, para que seja possível compreender as propostas que o governo tem fomentado nos diversos setores que organiza, no nosso caso, a saúde. Ao mesmo tempo, isso também levanta questões a respeito da autonomia da reflexão científica em relação às políticas estatais. Ou seja, haveria riscos de as pesquisas estarem servindo como mecanismo de legitimação acrítica de determinadas políticas e relações sociais? Responder essa questão não é objetivo desse trabalho, mas, à frente, faremos algumas considerações relacionadas a esse aspecto.

Em relação às metodologias utilizadas, a maioria dos artigos teve abordagem qualitativa, pois devido à sua natureza e potencialidade, essa abordagem é utilizada em pesquisas cujo enfoque está na compreensão mais profunda de um problema, através da reflexão sobre os dados encontrados, apresentando o objeto em um patamar superior de abstração e compreensão (ALMOULOU; ALENCAR, 2017), explorando hipóteses e interpretações para um fenômeno, característica definidora de análise qualitativa dos dados. Conforme o gráfico 3, dentre todas as abordagens empregadas, um total de 80 artigos utilizou abordagem qualitativa pura ou mista, sendo essa a abordagem predominante nos estudos de humanização na saúde coletiva, representando aproximadamente 94% do total de artigos. A classificação de uso de metodologias mistas se refere aos estudos em que um autor utiliza uma técnica de questionário ou revisão, por exemplo, mas declara realizar uma abordagem qualitativa para a análise dos dados obtidos, podendo ser classificado como um estudo misto (SANTOS ET AL, 2017). A presença majoritária de pesquisas que utilizam metodologias de abordagem qualitativa parece corroborar essa necessidade de aprofundamento do entendimento da humanização, bem como a necessidade de

exploração de hipóteses e interpretações para um fenômeno complexo como a desumanização nos serviços, podendo inclusive possuir relação com o caráter polissêmico do termo.

No gráfico 2 é possível observar que a pesquisa do tipo teórico-reflexiva foi o tipo de estudo com maior ocorrência dentre os artigos analisados. Podemos então concluir que a pesquisa teórica tem grande importância e expressividade na saúde coletiva brasileira, fato que pode ser explicado tanto pela necessidade reflexiva que a área exige ao lidar com a complexa realidade, quanto pelas diferentes concepções e paradigmas científicos do campo das ciências sociais que influenciam o pensamento em saúde coletiva, já que esta área da medicina tem entrelaçamentos com a sociologia no que tange a análise coletiva e social. O trabalho teórico pode cumprir o papel de reconstrução de teorias e conceitos, e explicações da realidade, assim como de polêmicas e discussões pertinentes, sendo fruto da necessidade intelectual de compreender determinados fenômenos (DEMO, 2000). Outras duas metodologias de pesquisa que também obtiveram significativa ocorrência nos artigos foram a entrevista e o relato de caso. Estas duas metodologias também são utilizadas devido à necessidade de aprofundamento na compreensão qualitativa de várias facetas do objeto.

Como pode ser visto no gráfico 4, os artigos discutem a humanização a partir de enfoques variados: o cuidado, a assistência, a prática de uma categoria profissional específica, a discussão mais teórica e geral sobre humanização, entre outros, salientando-se que alguns artigos apresentaram mais de um assunto em torno do qual discutem a humanização. Demonstrando o reflexo direto das políticas públicas na produção científica, o assunto mais presente foi a própria PNH. Desse modo, não surpreende o fato de grande parte das reflexões e conceitos presentes nos artigos guiar-se por elementos constituintes dessa política. A produção científica em Saúde Coletiva, nessa temática, tem cumprido um papel não somente de reflexão ou crítica, mas também de difusão da política governamental.

Após a PNH, o segundo assunto mais discutido sobre humanização é o cuidado no pré-natal, parto e puerpério, expressando a importância da temática da violência obstétrica e de gênero no surgimento das reflexões e práticas de humanização no Brasil desde a década de 1990, com importante contribuição do movimento feminista (DINIZ, 2005).

O terceiro assunto mais presente nos artigos - as práticas profissionais de enfermagem – relaciona-se ao fato de a política de humanização salientar as tecnologias relacionais, voltadas à melhoria da comunicação e do cuidado, através de mudanças de atitude, o que coloca essa categoria profissional como importante protagonista, dado seu papel histórico na organização do cuidado e no gerenciamento dos serviços.

Já o importante desenvolvimento da Atenção Básica como principal mecanismo de ampliação de acesso nas últimas décadas, principalmente com o advento da Estratégia de Saúde da Família, explica o aumento dos estudos discutindo a humanização a partir desse nível assistencial.

Apesar de em menor número, houve artigos sobre a humanização na relação com outros assuntos, como: a educação, cultura e arte; serviços específicos, como a atenção hospitalar, UTIs, de saúde infantil, de cuidado ao idoso; de saúde mental; voltados a grupos sociais específicos, como o caso da população LGBTI e mulheres negras; e também assuntos voltados a práticas específicas de outros profissionais de saúde, como odontólogos, psicólogos, agentes comunitários de saúde e fonoaudiólogos. Este dado corrobora o caráter transversal que a política de humanização se propõe a ter, abrangendo variados contextos de atenção à saúde, distintos grupos populacionais e diversas categorias profissionais.

6.2 OS CONCEITOS DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE COLETIVA BRASILEIRA

Sobre o significado do termo conceito, temos que

pode ser entendido como uma formulação abstrata e geral, ou pelo menos uma formulação passível de generalização, que o indivíduo pensante utiliza para tornar alguma coisa inteligível nos seus aspectos essenciais ou fundamentais, para si mesmo e para outros. Visto desta forma, o conceito constitui uma espécie de órgão para a percepção ou para a construção de um conhecimento sobre a realidade, mas que se dirige não para a singularidade do objeto ou evento isolado, mas sim para algo que liga um objeto ou evento a outros da mesma natureza, ao todo no qual se insere, ou ainda a uma qualidade de que participa. (BARROS, 2011, p. 31).

Dado o caráter polissêmico do termo humanização na saúde coletiva, ou seja, presença de múltiplos sentidos para este mesmo termo, observar os diferentes conceitos nesta área do conhecimento pode auxiliar na compreensão dos múltiplos significados vigentes para este termo, bem como na observação dos rumos práticos que estes conceitos estão guiando, pois, a intervenção sobre a realidade é guiada pelos conceitos que dão a ela um sentido e um objetivo.

6.2.1 AS TRÊS DIMENSÕES DA HUMANIZAÇÃO

A partir da categorização temática dos conceitos sistematizada no gráfico 8 da seção de resultados, pudemos perceber que a produção científica da Saúde coletiva brasileira sobre a humanização, aborda essa temática em três grandes dimensões, que abrangem as várias concepções e propostas.

A primeira dessas dimensões é a relacional, e diz respeito às tecnologias leves, ou seja, de relação entre os diferentes atores envolvidos no cuidado em saúde. Este eixo abarca tanto a valorização de usuários e trabalhadores, quanto a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, pautados pelas mudanças de atitude, melhoria no cuidado e na comunicação, construindo novas relações com o outro envolvido no processo, garantindo o respeito e a escuta. A dimensão relacional diz respeito às mudanças de atitude na relação com o outro que cada indivíduo deve se comprometer a realizar, para que haja melhoria nos serviços de saúde, envolvendo questões como “o acolhimento, o vínculo, a escuta, o respeito e o diálogo.” (NORA; JUNGES; 2013, p. 1196).

Segundo Martins et al (2008, pg. 36), “a humanização não deve ser vista apenas como as condições adequadas fornecidas pelos serviços de saúde para prestar assistência, mas como articuladora entre assistência, tecnologias e relações humanas entre usuários e profissionais”. Desta forma, há um enfoque na humanização como sendo uma questão de relação entre as pessoas envolvidas no atendimento em saúde. Pekelman et al (2009), discutem a questão da racionalidade científica, advinda da corrente do positivismo, como causa deste enrijecimento das relações humanas no atendimento em saúde, devido à busca pela neutralidade e objetividade, as quais são características marcantes que o modelo biomédico traz para o atendimento em saúde. Para estes autores, então, o enfoque no eixo das

relações humanas engendra a resistência a um modelo biomédico de atenção que tende a ser neutro e a distanciar as pessoas, sendo uma das causas da desumanização nos serviços de saúde.

Deslandes (2004), debate esta questão do ponto de vista da comunicação, pois quando se coloca o enfoque da humanização dos serviços nas relações humanas, há a individualização e a responsabilização fragmentada pela melhor interação e comunicação, como se fosse algo estritamente individual e cuja solução, de igual modo, se encontrasse no âmbito individual. Para a autora

O que o texto oficial não problematiza, entretanto, é a natureza sociológica dessa (im)possibilidade comunicacional. Se o ser humano é potencialmente capaz de compreender outro ser humano, porque ambos são dotados de linguagem, o jogo das interações sociais, as relações de saber-poder, de trabalho, de gênero e de status podem constituir fortes impeditivos para o diálogo. (Deslandes, 2004, p. 11)

Para além da linguagem, ou da intenção de comunicar-se, há outros fatores que impedem a boa comunicação entre as pessoas. Desconsiderar as relações de poder, as condições e ritmo de trabalho, bem como outros fatores sociais que influenciam nas dinâmicas humanas, como gênero, status, etnia, escolaridade e a subjetividade de cada um dos envolvidos no atendimento em saúde, fornece ao objeto um olhar fragmentado, desconsiderando a complexidade da vida social humana que culmina em impossibilidades comunicacionais. O próprio fenômeno do estranhamento, ou alienação, como veremos adiante nesta discussão, contribui para que haja uma dificuldade de relação, de um lado, por parte do profissional de saúde, que não se reconhece no produto de seu trabalho, e por outro lado, por parte dos usuários, que procuram o serviço de saúde já tendo em mente que provavelmente não terão a garantia de acesso aos outros níveis de complexidade do atendimento em saúde dos quais necessitam, sendo este também um motivo de desgaste relacional entre usuários e trabalhadores em saúde.

De mesmo modo, há este desgaste comunicacional entre os gestores do serviço de saúde e os trabalhadores envolvidos diretamente na assistência, pois as necessidades de melhoria de condições e ritmo de trabalho perpassam uma necessidade abrangente de melhores condições de financiamento em saúde, questão que é amplamente mais complexa que a mera capacidade de gestão local do serviço de saúde. As dificuldades relacionais são, portanto, um dos sintomas emergentes da

desumanização na saúde, mas estão longe de ser sua causa, como discutiremos adiante.

A segunda dimensão da humanização observada no artigos é a organizacional, a qual engloba mudanças na gestão e na atenção, através do atendimento às necessidades tanto pessoais quanto estruturais. Nesta grande dimensão, o foco está na capacidade organizativa e gerencial do serviço de saúde. Apesar de as condições estruturais dos serviços aparecerem em alguns artigos, aspectos importantes como condições de trabalho, uso de tecnologias ou melhoria estrutural dos locais de atendimento se encontram somente em 24º, 28º e 36º lugares de acordo com a mensuração de frequência absoluta na Tabela 1. Isso demonstra que o foco principal das discussões da humanização gira em torno de gestão e rearranjo organizacional de acordo com as possibilidades estruturais existentes, pouco problematizando a necessidade de transformações no sistema de saúde que envolvam maior financiamento, e conseqüentemente, maior acesso a aparatos importantes para a produção de saúde.

Segundo a metassíntese de Nora e Junges (2013), os fatores que mais interferem nos processos de organização do trabalho são

(...) número insuficiente de profissionais, sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, fragmentação dos processos de trabalho, trabalho em equipe, momentos coletivos, perfil e responsabilização profissional. Os estudos apontaram que o número insuficiente de profissionais nas equipes de saúde tem dificultado o acesso aos serviços e o acolhimento aos usuários. Desse modo, com uma demanda expressiva de atendimentos, ocorre uma sobrecarga de trabalho (...), a baixa remuneração dos profissionais da saúde vem sendo apontada como um item dificultador da qualidade da assistência. (Nora e Junges, 2013, p. 1196)

Observando estes fatores como parte do cotidiano nos serviços de saúde, é imprescindível discutir o financiamento dedicado ao serviço de saúde pública, pois a sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, dificuldade de acesso a exames e consultas em níveis de maior complexidade do SUS, necessitam de uma solução que extrapola a capacidade de gestão local, sendo dependentes de políticas macroeconômicas. Por conseguinte, estratégias de gestão nos serviços de saúde podem e devem otimizar os processos de trabalho, mas possuem um limite demarcado pela situação político-econômica de determinada época.

Atualmente, vivemos um período político-econômico chamado de neoliberalismo, com uma democracia do tipo representativa, na qual representantes políticos são eleitos para, supostamente, realizar as escolhas em nome de todos os cidadãos. Como vivemos em uma sociedade de classes, são os interesses da burguesia que possuem representação real na política, em detrimento dos interesses da oprimida classe trabalhadora; e o Estado neoliberal corrobora ações que favorecem o enriquecimento das elites em detrimento do atendimento das necessidades dos trabalhadores. Isto se expressa em todos os âmbitos da vida humana em sociedade, inclusive na saúde, sob diversas formas.

Uma delas é o subfinanciamento, o qual permite um afluxo cronicamente insuficiente de recursos financeiros para determinado setor, influenciando na qualidade do atendimento sob diversos ângulos, tais como: baixa remuneração, falta de materiais e exames, falta de estrutura adequada, quantidade insuficiente de trabalhadores em relação à demanda de atendimento, fragmentação dos processos de trabalho em unidades de menor complexidade, com conseqüente contratação de profissionais menos qualificados e com salários de menor monta, número limitado de medicações disponíveis gratuitamente no SUS, etc.

Outra importante forma que estas ações favorecedoras da burguesia assumem na organização dos serviços de saúde e nas condições de trabalho é a organização pautada pelo regime de acumulação flexível, no qual a organização da produção é realizada de modo a flexibilizar as funções no trabalho, aumentando o ritmo de exploração e, desta forma, obtendo maior produtividade às custas da saúde física e mental dos trabalhadores. Apesar de os serviços públicos não serem um setor de produção de mercadorias, e portanto, não possuírem extração de mais valia, a lógica de intensificação da produtividade desenvolvida pela reestruturação produtiva pode ser aplicada também neste nicho de trabalho, visto que a intensificação aumenta a eficiência do serviço diante de menor gasto, o que é de interesse do Estado neoliberal e sua pauta de menor gasto com serviços públicos.

Por fim, a terceira dimensão sob o qual se discute humanização é a da ética, a qual implica na construção de um homem genérico mais digno e ético. Nesta dimensão, notamos que o enfoque está na construção de um cidadão em si, de um humano genérico que seja dotado de bondade e de ética, que aja de maneira correta e justa, à altura da construção de um humano digno.

Junges et al (2011), considera a humanização como a presença de ética no atendimento em saúde, e discute esta questão afirmando que

Ter uma atitude ética em relação às consequências seria responsabilizar-se pelo resultado, mesmo em condições precárias de ambiente, o que constituiria a ética na saúde.(...) Atendimento humanizado não significa uma atitude supererogatória de caridade, mas o acolhimento do usuário em suas necessidades, entendido como algo ao qual ele tem direito. Nessa perspectiva, a humanização não depende da boa intenção do profissional, mas da satisfação das necessidades do usuário que se manifesta nas consequências. Por isso, a ética do profissional deve ser pautada pelas consequências para o alcance da resolubilidade do problema que levou o usuário a procurar a unidade. (Junges et al, 2011, p. 760 e 761)

Ao fazer a discussão de que é preciso não somente ter a intenção de ser bom, mas também ter a responsabilidade com a ação, e que isto é uma questão de ética pessoal do profissional, há um fomento à individualização da ação e à culpabilização dos trabalhadores, visto que suas boas intenções não bastam para humanizar os serviços e que, então, a desumanização ocorre por falta de responsabilidade destes profissionais para com o resultado de suas ações no trabalho. “Por isso a humanização não depende apenas da boa vontade do profissional, mas de seu comprometimento com o processo de trabalho regido pela PNH. ” (Junges et al, 2011, pg. 761), complementando que para além das boas intenções, o autor ressalta que é preciso que o profissional se envolva na gestão da unidade. Não se trata de negar a importância de gerenciar adequadamente os serviços de saúde; no entanto, focar as práticas humanizadoras em gestão e em ações individuais, com cada um fazendo a sua parte, faz com que haja o apagamento da determinação social do fenômeno, individualizando a culpa e mascarando o caráter coletivo do fenômeno.

Se a desumanização na saúde aparece em todos os níveis de complexidade do atendimento e em todos os serviços de saúde, ignorar este caráter coletivo do fenômeno implica em fragmentar a realidade a tal ponto que se perca a capacidade de percepção do todo do fenômeno. Se todos os profissionais de saúde necessitam de mudanças de postura, é preciso olhar para o que há de comum na vida, pessoal e profissional, de grande maioria destes profissionais que pode ser a origem de um atendimento profissional desumanizado.

Esta individualização do problema faz com que a noção de coletividade por parte dos trabalhadores seja perdida, perdendo de vista o caráter de classe e de

exploração do trabalho assalariado, o qual ocorre sob condições às quais os trabalhadores são arbitrariamente submetidos, não possuindo controle sobre diversos fatores dos seus processos de trabalho. Assim, discursos individualizantes buscam eliminar os conflitos de interesses, colocando todos sob o título de “homem” genérico ou cidadão, excluindo-se o antagonismo de classe que marca a organização social no capitalismo. A divisão da sociedade em duas classes antagônicas – donos do capital e trabalhadores – gera fenômenos de conflitos de interesse nos diversos setores supra estruturais da sociedade, tais como a área da saúde. Este apagamento dos antagonismos de classe na saúde coletiva advém do paradigma pós-moderno de pensar a ciência, no qual há a individualização e a relativização dos fenômenos sociais, não estabelecendo uma relação de determinação entre os elementos. Sendo todos os problemas e questões relativizados e dependentes exclusivamente da interpretação subjetiva do sujeito, cada necessidade é singular e individual, devendo ser tratada como tal.

Ao individualizar ao máximo as necessidades e ações, um discurso pautado pela ética e não ancorado em aspectos estruturantes da sociedade, fragmenta as coletividades e inviabiliza a luta por efetivas melhorias. Desta forma, pode ter um efeito paradoxal, e ser um empecilho à humanização da assistência, pois ao resumir fenômenos sociais, os quais são compartilhados por uma coletividade de pessoas, a uma sensação subjetiva, faz com que cada um busque resolver seu conflito individualmente, ignorando a determinação que a organização social tem sobre o fenômeno da desumanização.

Se, como afirmamos acima, a construção da realidade é permeada pelos conceitos que dão a ela um sentido e um objetivo, podemos abstrair então que os sentidos da humanização na saúde coletiva brasileira permeiam estes aspectos de atitude, gestão e ética, sendo possível afirmar que, majoritariamente, a produção acadêmica sobre humanização na saúde coletiva brasileira é fundamentada nas premissas compartilhadas na PNH. As mudanças de atitude e a melhoria na gestão são itens que constituem os princípios da PNH, em conjunto com a transversalidade. Com isto, é colocada em pauta a necessidade da mudança de atitude de gestores e profissionais de saúde, desenvolvendo ferramentas de escuta, diálogo, acolhimento, imprescindíveis para esta nova forma de fazer e gerir os atendimentos em saúde. A questão da valorização, autonomia e protagonismo dos sujeitos possui uma relação

explícita com a PNH, pois esta é a definição de humanização utilizada pela cartilha. Deste modo, vemos que este documento oficial do MS exerce grande influência no pensamento em saúde coletiva no Brasil, tendo seu discurso sido absorvido por grande parte dos pesquisadores da área, configurando-se no discurso hegemônico dos sanitaristas sobre a necessidade de humanização dos serviços de saúde.

De acordo com as três dimensões explicitadas acima, a ética na questão da humanização da saúde é um componente especificamente presente na produção acadêmica em saúde coletiva, demonstrando o enfoque da construção de sujeitos que sejam mais responsáveis no fazer saúde, rumo à construção de novos humanos. Neste quesito da ética, a internalização de boas condutas através da educação e formação dos profissionais assume um papel de centralidade na humanização dos serviços, pois assume-se que pela via da formação será possível mudar a realidade da saúde. Não se trata de negar a importância de boas condutas profissionais advindas da educação, porém, como discutiremos em detalhes adiante, as atitudes de um humano particular são determinadas por todo o âmbito social que o cerceia, de modo que a organização do trabalho, o modo de produção social, as políticas públicas, as crises cíclicas do capital, tudo isto influencia as atitudes individuais. Quando Marx (2015) explicita que é o ser social que determina a consciência dos homens, e não a consciência que determina o ser, sua intenção era a de trazer para o campo do materialismo inclusive a subjetividade humana, argumentando que nossas escolhas individuais são determinadas pelo conjunto de nosso modo de vida, e que para mudarmos a consciência das pessoas é preciso, primeiramente, mudar a forma de produção da vida.

Em relação à segunda dimensão, a organizacional, esta está alinhada ao discurso da PNH, pois conforme visto no item 2.2 desta dissertação, os dispositivos para efetivação dos princípios da PNH são:

- GTH, Grupo de Trabalho de Humanização;
- Colegiado Gestor;
- Contrato de Gestão;
- Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, etc.;

- Visita Aberta e Direito à Acompanhante;
- Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP);
- Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial;
- Projetos Cogерidos de Ambiência;
- Acolhimento com Classificação de Riscos;
- Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva;
- Projeto Memória do SUS que dá certo.

Destes, há pouca referência às necessárias melhorias estruturais do sistema, apesar do corpo do texto da PNH citar que melhores condições de trabalho e de estrutura nos serviços de saúde são necessárias à efetivação da humanização dos serviços. Nestes dispositivos é limitada a luta por jornadas de trabalho menos exaustivas; por melhores salários; por estabilidade de vínculo empregatício; por ampliação de contratação de trabalhadores da saúde cuja oferta é deficitária no SUS; por ampliação de acesso às várias forma de cuidado e assistência pelo SUS; por uma formação profissional que não seja fragmentada e tenha como enfoque as tecnologias relacionais, mas que invista em qualidade de conhecimento técnico, fato que implica na defesa de acesso à educação pública, gratuita e de qualidade; por uma luta contra reformas previdenciárias que aumentam o grau de exploração dos trabalhadores, e conseqüentemente, pioram a alienação e promovem o agravamento da desumanização dos serviços de saúde. Todos estes itens citados possuem íntima relação com a desumanização dos serviços de saúde pois contribuem em grande escala para o agravamento da alienação, pois apesar de os dispositivos da PNH contribuírem para pensar as mazelas relacionadas ao trabalho e à sociedade, é no campo da luta política que se faz possível, coletivamente, mudar as condições objetivas alienantes do trabalho.

Tendo em mente que promover a humanização significa possibilitar a todos o mais alto grau possível de apropriação ao que o gênero humano produziu (ALBUQUERQUE, 2009), há necessidade de uma organização social solidária, que permita a apropriação ampla do acúmulo genérico da humanidade – objetivações, bens, serviços, cultura, conhecimento etc. – a todos os humanos. Esta forma de pensar a humanização apresenta contradições com concepções hegemônicas

presentes na Saúde Coletiva, advindas dos documentos governamentais. À medida em que algumas análises restringem a humanização à perspectiva de mudanças de atitudes de trabalhadores e gestores, ou até mesmo à otimização da gestão do sistema de saúde e promoção de ética individual, ignorando suas determinações, limites e potencialidades, limitam a análise das raízes das práticas consideradas desumanizadas. Desse modo, ainda que inconscientemente,

(...) a humanização é utilizada como um manto ideológico que substitui a luta política entre os diversos interesses de setores como o dos trabalhadores, usuários do sistema, empresários dos planos de saúde, indústria médico farmacêutica, Estado etc., pela ideia de uma fraternidade contagiante (...)
(ALBUQUERQUE, 2009, p.175)

Retomando a crítica ao caráter ideológico apontado por Albuquerque (2009), se faz imprescindível compreender, então, a dinâmica da organização social neste contexto, cujos elementos levaram à desumanização dos serviços de saúde, para então podermos abstrair uma forma de contornar estes processos desumanizadores.

A partir dos dados obtidos, concluímos que a discussão dos aspectos humanizadores na saúde coletiva perpassa as três dimensões - de mudança relacional, organizacional e ética -, porém sem aprofundar as raízes destes problemas. Sem este aprofundamento, as discussões encontradas focam nos fenômenos presentes na organização dos sistemas de saúde brasileiros e sua dinâmica de funcionamento, sem compreender suas causas. É como se nosso sistema de saúde estivesse doente e discutíssemos incansavelmente apenas seus sintomas proeminentes, sem investigar sua causa, sua fisiopatologia e nem seu tratamento. Há falta de questionamento sobre aspectos gerais que são comuns às problemáticas levantadas, sem aprofundar o entendimento de porque a gestão está insuficiente, porque os sujeitos não possuem autonomia no processo de fazer saúde, assim como de que maneira é possível compreender o descontentamento nas relações e atitudes dos trabalhadores na sua dinâmica social. Do contrário, não abordando essas questões, geram-se culpabilizações individuais que pouco serão efetivas, tanto para uma compreensão profunda do problema, quanto para sua solução.

Problemas estruturais, de raízes econômicas e sociais, são evidentes na saúde pública brasileira, inclusive demonstrados pelos elementos elencados no Quadro 2 e Tabela 1 da sessão de resultados. Diversos artigos levantam as questões estruturais,

como as condições de trabalho, jornada, salário, financiamento, como situações problema na organização dos sistemas de saúde. Mas, como foi possível observar, na esmagadora maioria das vezes estes itens não envolvem maior problematização ou propostas que sejam capazes de aprofundar este debate e tentar fornecer uma resposta a estes problemas.

Diante desta deficiência de discussão aprofundada destes fatores, entendidos, à luz do materialismo histórico e dialético, como essenciais para a compreensão do fenômeno da desumanização, discutiremos brevemente quatro processos determinantes da desumanização dos serviços de saúde: o subfinanciamento, principal raiz da degradação do SUS; as transformações contemporâneas nos processos produtivos que têm levado à precarização das condições de trabalho, inclusive nos serviços de saúde; o papel da alienação como determinante dos processos deterioradores dos vínculos entre os sujeitos e destes com seu trabalho; e a relação destes elementos com o fenômeno da pós-modernidade.

6.3 SUBFINANCIAMENTO: IMPORTANTE RAIZ DA DEGRADAÇÃO DO SUS

Elementos importantes como infraestrutura, gestão, organização, financiamento e modelo de atenção são os pilares fundamentais sobre os quais se ergue a organização dos serviços de saúde. Entretanto, diante dos retrocessos impostos ao modelo de seguridade social no Brasil nas últimas décadas, a questão do financiamento ganha destaque entre os demais, visto que alicerça diversos aspectos fundamentais dos demais pilares. Importante dado obtido por este estudo foi a ausência de discussão, nos estudos sobre humanização, a respeito do financiamento do SUS. A gravidade dessa ausência deve-se ao fato de diversos itens apontados como promotores de humanização, tais como melhora de ambiência, melhoria salarial, educação continuada, entre outros, dependerem de alocação de recursos para poderem ser efetivados. Compreendemos, portanto, que discutir financiamento na saúde brasileira se faz importante se quisermos de fato promover mudanças no atendimento.

Segundo dados de 2010 da OMS, o gasto *per capita* em saúde no Brasil foi de 837 dólares em 2007, enquanto nos EUA, país de modelo liberal, o gasto foi de 7.285

per capita; no Reino Unido, país com modelo de seguridade social, o gasto *per capita* foi de 2.992 dólares; e na França, país com modelo de seguro social, foi de 3.709 dólares (OMS, 2010; GIOVANELLA, 2017). Segundo dados atualizados, em 2014 o gasto *per capita* brasileiro subiu para 947 dólares (PAIM, 2018), muito aquém dos demais países, já que no mesmo ano o Reino Unido aumentou seu gasto para 3.935 dólares e a França para 4.959 dólares. Esta comparação de gastos per capita permite profundas reflexões sobre o sistema de saúde público que temos quando comparado aos demais países com modelo de seguridade social.

Os gastos relativos brasileiros, ou seja, a percentagem do PIB que é destinada à saúde, à primeira vista, se assemelharia ao dos países centrais. Segundo dados da OMS analisados por PAIM (2018), o gasto brasileiro com saúde em 2014, em termos percentuais de PIB, foi de 8,3%, enquanto o gasto do Reino Unido foi de 9,1% e da França de 11,5%. Este dado de gastos relativos, em um primeiro momento, pode fornecer a impressão de que os gastos atuais em saúde no Brasil estão equiparados com os demais países com seguridade social, mas isto não se verifica na prática. O que explica esta contradição?

A chave para a compreensão disto está no fato de que os dados do PIB incluem tanto gasto privado quanto público. Desta forma, é importante perceber que 80% dos gastos em saúde ingleses são com o setor público, o percentual de seu PIB gasto com saúde pública gira em torno de 7,2%, tendo o setor privado um gasto anual de apenas 1,9% do PIB. Já no Brasil, apenas 46% dos gastos em saúde foram públicos, representando então um percentual de 3,9% do PIB com o SUS, e um gasto *per capita* extremamente baixo.

Quando comparado com outros países, o Brasil tem gastos públicos totais com saúde muito aquém daqueles países com modelo de seguridade social, pois nestes o gasto público gira em torno de 70-80% do total de gastos de saúde no país (PAIM, 2018). Já no Brasil, este percentual ficou em 46% em 2014 (PAIM, 2018), abaixo até de países com modelos liberais de saúde, como o caso dos Estados Unidos, o qual gastou em média 45% em 2007 (GIOVANELLA, 2017).

Para PAIM (2018, pg 42) “o gasto público é muito baixo para que o País tenha, efetivamente, um sistema universal e atendimento integral.”

Esta expressividade do setor privado na saúde brasileira está intimamente relacionada ao não cumprimento dos preceitos constitucionais de financiamento do

SUS conforme prevista na Constituição Federal de 1988. O subfinanciamento crônico da saúde pública brasileira possui uma longa trajetória e vários episódios determinantes. O primeiro deles se refere ao não cumprimento da definição constitucional de repasse de 30% do Orçamento de Seguridade Social para o SUS, amparado na dependência de regulamentação por Leis de Diretrizes Orçamentárias a serem lançadas posteriormente à constituição. Este é um dos principais aspectos responsáveis pelo subfinanciamento do SUS, mas não é o único.

Apesar de a Constituição de 1988 prever a participação de estados e municípios no financiamento do SUS, não foram estabelecidos inicialmente parâmetros para esta participação, acarretando a piora do déficit orçamentário diante da concentração de recursos praticamente restrita à esfera federal (GIOVANELA, 2017, pg 404). Somado a isto, em 1993 houve um corte no repasse de verbas advindas historicamente da previdência social para o financiamento federal de saúde via Ministério da Saúde (MS). Diante do subfinanciamento dramático cria-se um tributo adicional para a saúde, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 1997 no governo Fernando Henrique Cardoso. Um tributo que não trouxe estabilidade ao financiamento da saúde, tanto devido ao seu caráter provisório quanto pela substituição do aporte que outras instâncias forneciam ao MS diante desta nova tributação. (GIOVANELLA, 2017, p. 405). Este tributo foi extinto em 2007.

Diante deste cenário, houve a necessidade de busca de regulamentação dos repasses estaduais e municipais, somados aos federais, para garantir a viabilidade de financiamento do SUS. Já em 1993 foi encaminhada ao Congresso a Proposta de Emenda Constitucional nº 29 (PEC 29), a qual afixava uma vinculação de recursos à saúde por parte das três esferas de governo, de caráter obrigatório a ser gasto com ações e serviços públicos de saúde. Esta PEC 29 tramitou no Congresso por 12 anos, sendo aprovada apenas em 2012. Importante fazer a ressalva de que diversas PECs tramitaram no Congresso ao longo da história do SUS, com diversas propostas de financiamento; porém, a de número 29 foi a aprovada. Com esta nova emenda constitucional, os municípios e estados deveriam destinar obrigatoriamente um mínimo de 15% e 12%, respectivamente, de sua receita para gastos em saúde. Já a União teve, na prática, seu valor congelado, visto que a nova legislação definiu a aplicação do mesmo valor do ano anterior, corrigido pela variação do PIB. A proposta inicial da EC 29 era de que os gastos obrigatórios mínimos da União em saúde

também fossem de 10% de suas receitas brutas repassadas, porém esta vinculação não foi aprovada pela PEC 29 em 2012 (GIOVANELA, 2017). Deste modo, fica evidente que apesar de haver maior participação, através da regulamentação de repasses, dos municípios e estados no financiamento da saúde, a não aprovação dos 10% referentes ao repasse de verbas da esfera federal prejudicou o aporte de recursos à saúde. Segundo Giovanela (2017),

Por conseguinte, a saúde tem representado, desde 2000, sempre menos de 17% do orçamento da seguridade social e cerca de 5% da despesa total efetiva federal. Afora isso, a atual Desvinculação de Recursos da União (DRU), implantada desde 1994 com o Fundo Social de Emergência, é evidência da prioridade absoluta do ajuste fiscal em detrimento do cumprimento do dever do Estado no financiamento de políticas sociais cidadãs, tendo em vista que desvincula do OSS 20% dos recursos arrecadados. (Giovanela 2017, p. 408)

A DRU, criada em 1994, é um dos fatores que também vem contribuindo para o subfinanciamento do SUS. Ela implica em desvinculação de 20% da verba da saúde para disponibilizar este montando ao Tesouro Nacional, habilitando a Presidência da República a usar este dinheiro com livre arbítrio. Segundo o próprio site do Senado Federal, consultado em maio de 2019,

Na prática, permite que o governo aplique os recursos destinados a áreas como educação, saúde e previdência social em qualquer despesa considerada prioritária e na formação de superávit primário. A DRU também possibilita o manejo de recursos para o pagamento de juros da dívida pública. (Brasil, consultado em 31 de maio de 2019)

O orçamento federal destinado à saúde, já aquém do necessário, tem sofrido com isso uma redução ainda maior. Em 2015 o governo Michel Temer, com a Emenda Constitucional nº87, estendeu a DRU até 2023, porém agora com um reajuste de 30% na alíquota de desvinculação sobre a receita da União. Desta forma, através da aprovação desta DRU mais recursos que inicialmente iriam para saúde, educação ou previdência, podem agora ser realocados para outros setores prioritários ao governo neoliberal, tal como pagamento da dívida pública. Sobre esta questão, para Paim

No Brasil, a estrutura tributária iníqua, o exorbitante pagamento de juros da dívida pública e as modificações da legislação desde a Emenda Constitucional 29 de 2001 são determinantes fundamentais do subfinanciamento do SUS. (PAIM, texto publicado no portal Plataforma Política Social, consulta em 3/6/2019).

Com relação aos ajustes fiscais, é preciso destacar mais elementos para compreender profundamente esta questão. Desde o ano 2000 foi aprovada uma Lei de Responsabilidade Fiscal, criada com o intuito de regulamentar parâmetros para os gastos nas esferas de poder municipal e estadual, fundamentada sobre os pilares de planejamento, transparência, controle e responsabilização no uso dos recursos públicos (MEDEIROS et al, 2017). O principal slogan desta lei, segundo seus fundadores, é o de “gastar apenas o que se arrecada” (BRASIL, 2019) com claro enfoque em equilíbrio orçamentário, pois argumentam que uma extrapolação de gastos para além do montante arrecadado num certo período de mandato governamental gera, de um lado, um oneroso desgaste na troca de gestões políticas ao comprometer o orçamento de novas gestões eleitas, causando um déficit crônico nos recursos disponíveis para o sistema de saúde; e por outro lado, uma tendência crônica ao endividamento, já que o déficit de recursos herdado de gestões anteriores faz com que novas gestões necessitem recorrer a operações de crédito para conseguir exercer sua governança, aumentando desta maneira cada vez mais a dívida pública. Segundo o próprio site oficial do Ministério da Fazenda, em cartilha oficial da Secretaria do Tesouro:

Entretanto, sabemos que a dívida pública é o principal problema de ordem macroeconômica enfrentado pelo País nos últimos tempos, em todos os níveis de governo. O controle da dívida pública é o principal motivo que podemos invocar para a elaboração de uma lei como a LRF. (BRASIL, Ministério da Fazenda, p. 11)

A questão da dívida pública é trazida pelo governo federal como um dos principais fatores precipitantes de leis de ajustes fiscais. Apesar da LRF embasar-se em uma defesa supostamente técnica e neutra da responsabilidade sobre a dívida pública e gestão de recursos, aliada à transparência e administração pública eficiente, ela envolve de fato uma concepção neoliberal do Estado, pois uma de suas implicações mais importantes foi a restrição de contratação de trabalhadores de saúde nos serviços públicos. Ela estabelece um teto de gastos permitidos com funcionários: 54 a 60% das receitas correntes líquidas podem ser gastas com o funcionalismo público, entre membros ativos, inativos e pensionistas, em todas as esferas dos serviços públicos (MEDEIROS et al, 2017). Ocorre, com isso, uma estagnação administrativa na capacidade de gestão de políticas públicas. Para Medeiros (2017),

Pelas especificidades da produção no setor saúde, que acontece majoritariamente na forma de trabalho coletivo multiprofissional e em cooperação, por meio de ações fragmentadas, com alto grau de dependência entre os trabalhadores e elevada dependência de inserção de mão de obra humana, limites rígidos para contratação de mão de obra apontam em impedimentos para a oferta de serviços de saúde à população. Assim, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) passou a denunciar que as regras de controle rigoroso dos gastos com pessoal impostas pela LRF são impeditivas ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal, frente às imposições de contratação de trabalhadores. (2017, p. 1760)

A implicação direta dessa legislação de ajuste fiscal foi a indução à terceirização dos trabalhadores da saúde, e de outras áreas sociais, visto que a contratação limitada de funcionários fomentada por esta lei se restringe ao quadro próprio, de contratação com estabilidade através de concursos públicos, não impedindo contratação de funcionários através de modalidade autônoma, pessoa jurídica ou contratação de empresas terceirizadas. Com isso, estes regimes ditos flexíveis de contratação contam com redução ou até mesmo ausência de direitos trabalhistas, sendo a precarização de vínculos trabalhistas o fator mais pungente desta lei.

Uma das últimas medidas tomadas pelo governo federal em relação ao financiamento público consiste na Emenda Constitucional 95 (EC95), aprovada em 2016, através da qual instaurou-se o Novo Regime Fiscal, estipulando um teto para as despesas da União e congelando os gastos federais com políticas sociais por 20 anos após a sua criação (PAIM, 2018). Com a expectativa de crescimento do PIB ao longo do tempo, esse congelamento de recursos, não mais variando de acordo com o PIB, vai reduzir ainda mais o financiamento do sistema público de saúde, diminuindo o valor *per capita* gasto com o cuidado em saúde. Para Paim (2018), uma grande complicação disso é o governo federal não levar em conta a estimativa de aumento da população idosa no período, visto que, em famílias com idosos, bem como nas com crianças, o gasto com saúde é maior do que nos demais segmentos etários, em especial no que concerne à compra de medicamentos e serviços hospitalares.

A questão da compra de medicamentos é de suma importância na discussão de gastos privados em saúde no Brasil. Segundo GIOVANELA, 2017, a esmagadora maioria de gastos privados do tipo *out-of-pocket* (compra privada imediata, sem a mediação de seguros ou planos de saúde) consiste em compra medicamentosa, especialmente nos segmentos populacionais de menor renda. Desta forma,

segmentos da classe trabalhadora que são mais pauperizados, em especial aqueles com crianças e idosos em seu núcleo familiar, realizam, paradoxalmente, a maior quantidade de gastos privados em saúde, principalmente em relação a compra de medicamentos e pagamento de consultas de especialidades (GIOVANELA, 2017).

Todos esses componentes relacionados ao subfinanciamento crônico do SUS expressam a contradição entre, de um lado, a promulgação de uma constituição de estado provedor de políticas sociais (CF de 1988), ainda que não um estado de bem-estar social aos moldes europeus, e, de outro, o contexto do capitalismo monopolista mundial impondo um estado mínimo em políticas sociais, e máximo para o capital – o chamado neoliberalismo – “marcado pela contenção dos gastos e pela descentralização através da desresponsabilização do Estado na área social” (PRATA; PROGIANTI, FERREIRA; 2012, p. 107).

A inscrição de políticas sociais, como a saúde, educação e previdência, na constituição de 1988 resultou de um contexto bastante particular da luta de classes no Brasil no início dos anos 1980. A classe trabalhadora, após mais de quinze anos de ditadura civil-militar se recoloca em luta contra as péssimas condições de vida e trabalho e por liberdades democráticas. A burguesia e o Estado tiveram que fazer concessões, a fim de garantirem uma transição lenta, gradual e “segura”. Porém, passada a conjuntura de pressão popular dos anos 1980, o Estado brasileiro foi atualizado em relação à tendência mundial de desregulamentação da economia e privatização de serviços. O subfinanciamento crônico do SUS, realizado por todos os governos federais da nova república, são expressão desse movimento de não realização do escrito constitucional.

De fato, o Estado brasileiro jamais assumiu o papel de provedor de políticas sociais de fato universais, adequando-se ao formato neoliberal, ora com mais, ora com menos, arremedos de políticas públicas. O fundo público segue beneficiando setores fundamentais do capital por meio de vários mecanismos – isenções e renúncias fiscais; financiamentos públicos; privatizações; “parcerias” público-privadas; etc. Dentre esses mecanismos, um dos mais importantes têm sido a dívida pública, por meio do qual parte significativa do orçamento federal é canalizado ao rentismo. Essa tendência, somada à estrutura fiscal regressiva, contribui para a manutenção dos elevados níveis de concentração de renda e desigualdade social no país, aspectos não alterados significativamente nas últimas décadas.

(...) apesar da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a necessidade de cumprimento das metas de inflação e de superávit primário determinaram fragilidades nas condições de financiamento desse setor. Assim, como resultado desta política macroeconômica, houve o congelamento das tabelas de remuneração do SUS e a ausência de expansão dos investimentos. (PRATA; PROGIANTI; DAVID, 2014, p. 1125)

A não consecução do SUS como um sistema de saúde de fato universal, integral e de qualidade tem sua principal determinação no subfinanciamento decorrente de um formato neoliberal assumido pelo Estado brasileiro. Isso coloca limites importantes para a efetivação de uma atenção mais humanizada. Essa temática, contudo, a respeito das determinações estruturais dos limites para efetivação do SUS praticamente inexistente na produção científica brasileira a respeito da humanização, contribuindo para leituras individualizadoras e culpabilizadoras dos trabalhadores da saúde.

Dentre os 86 artigos analisados na revisão deste trabalho, apenas 4 apresentaram problematização sobre o subfinanciamento do SUS. Em um dos artigos temos:

A necessária humanização do sistema público de saúde e a capacidade de lidar com seus loucos apontam caminhos de desconstrução de processos cristalizados de gestão, financiamento, trabalho e vivência da *coisa pública* – aqui representada pelos serviços de saúde. (FILIPPON, KANTORSKI; 2012, p. 663)

Apesar de citar que há necessidade de mudança em processos cristalizados de financiamento, o autor não desenvolve o tema para além desta citação, trazendo, em consonância com os demais artigos, uma discussão centrada no dialogismo e no protagonismo popular, explicitando o enfoque na conclusão de seu artigo de que é preciso contrapor a formação acadêmica biologicista, e inserindo a lógica de inserção e protagonismo dos usuários no cuidado em saúde. Todavia, aspectos macroestruturais aqui encontram-se apenas citados, mas relegados a segundo plano no âmbito da discussão do problema, secundarizando a importância e a severidade com que a falta de recursos dita a dinâmica da organização dos serviços de saúde.

Já no artigo de PRATA, PROGIANTI, FERREIRA (2012), há uma maior preocupação e aprofundamento na análise do subfinanciamento da saúde, havendo uma análise do papel do Estado na instituição do sistema público e universal de saúde brasileiro, bem como em sua constante modificação ao longo dos anos.

Assim, os anos 1990 tiveram sua importância para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo pelo fomento ao processo de municipalização. Entretanto, houve dificuldades relacionadas com oscilações no financiamento do setor, provocando congelamento das tabelas de remuneração do SUS e a ausência de expansão dos investimentos, que resultaram no sucateamento da rede pública, na queda na qualidade da atenção, na sub-remuneração dos profissionais, entre outros problemas. (PRATA; PROGIANTI; FERREIRA; 2012, p. 107)

Estes autores levantam o questionamento de que houve um movimento contraditório de inclusão e exclusão no SUS, fruto do neoliberalismo e do paulatino subfinanciamento por parte Estado mínimo, fazendo com que milhões de brasileiros paupérrimos tenham acesso ao sistema universal de saúde, ao mesmo tempo em que impulsiona os brasileiros de classe média e classe alta, com maior poder aquisitivo, a buscar planos privados de assistência à saúde, desta maneira legitimando e consolidando o setor de saúde suplementar. Desenvolvem um amplo debate acerca do neoliberalismo e da reestruturação produtiva no trabalho em saúde, assunto que será abordado no próximo tópico.

No terceiro artigo que traz a questão do subfinanciamento, os autores citam tanto o subfinanciamento quando as insuficientes condições de trabalho como itens importantes a serem debatidos para a humanização dos serviços de saúde, conforme excerto abaixo.

Temos um cotidiano ainda marcado pela desumanização, ou seja, por práticas desrespeitosas e até violentas que tomam o corpo biológico como objeto de intervenção, com gestões comumente solitárias, autoritárias e corporativas, associada aos trabalhadores anestesiados, esgotados e silenciados, somados às condições de trabalho aquém das necessidades de saúde da comunidade, pela falta de financiamento adequado, enfim, por dificuldades e desafios de várias ordens. (MARTINS; LUZIO; 2017, p. 18)

As autoras atentam para a árdua tarefa dos apoiadores da política de humanização diante de tantos obstáculos estruturais construídos pelas políticas neoliberais, com “um Estado que funciona para a manutenção das iniquidades” (MARTINS, LUZIO, 2017, pg 20). Apesar de citar a questão do financiamento, a discussão e conclusão de desenrolam em torno do papel pró-ativo que os apoiadores da PNH devem exercer “em busca de um SUS melhor” (MARTINS; LUZIO; 2017, p. 21).

Por fim, o último artigo da revisão que versou sobre a questão do financiamento cita este dentre diversos outros fatores que constituem verdadeiros desafios ao SUS hoje para que seja efetivado em seu princípio de integralidade e universalidade.

Mas estes avanços são do tamanho dos desafios que o SUS ainda tem pela frente: superação da cultura sanitária biomédica, que associa saúde a ação médica e acesso a remédios e hospital, concepção que permite a medicalização da vida; aporte insuficiente de recursos para financiar as ações de saúde (subfinanciamento do SUS); iniquidades no acesso; vazios assistenciais em muitos territórios; inexistência operacional de rede de atenção, o que dificulta a continuidade dos tratamentos; ineficiência da atenção básica, ainda entendida como ação direcionada para população pobre; forte presença da cultura hospitalocêntrica e de interesses privados, corporativos e político-partidários na definição de políticas de saúde e na organização de serviços de saúde (privatização) (...) (PASCHE, 2009, p. 703)

Este autor afirma que há uma crise na saúde brasileira, com um contexto complexo de problemáticas a serem enfrentadas por trabalhadores e usuários do SUS. E então afirma que

Para o enfrentamento destas realidades hipercomplexas, a PNH aponta para a necessidade do exercício de método, cuja experimentação coloca sujeitos em contato e em relação para que, de forma coletiva e tomando por referências princípios ético-políticos e acúmulos do SUS que dá certo, construam soluções singulares. (PASCHE, 2009, p. 707).

Aqui neste trecho observamos que a solução para a crise estrutural na saúde brasileira é posta em uma construção coletiva fragmentada, ou seja, se cada um fizer individualmente a sua parte, essa relação de pequenas partes será capaz de contornar os desafios do SUS e faze-lo dar certo, sendo a PNH nesta dinâmica como um “conjunto de conceitos e ferramentas para a superação de problemas e contradições que ainda permanecem como marcas dos serviços e práticas de saúde.” (PASCHE, 2017, p. 707).

Desta forma, observamos que a problematização do subfinanciamento crônico do SUS na saúde coletiva estão ainda muito aquém do que o necessário para que se possa discutir profundamente as necessidades em saúde e a humanização, visto que a ausência de recursos é um dos principais elementos limitadores para o avanço da qualidade dos serviços. A falta de financiamento implica em barreira de acesso a consultas e exames, por conta da insuficiência de profissionais para atender a demanda de atendimento, assim como em barreira de acesso a tratamentos médicos,

pois a cobertura medicamentosa que o SUS oferece muitas vezes não disponibiliza os fármacos prescritos pelo médico, onerando o trabalhador que necessita desembolsar o custo dos medicamentos. Como vimos anteriormente, há também a questão de o atendimento em saúde muitas vezes ser centrado na prescrição medicamentosa por parte do médico, sendo grande parte do gasto privado em saúde no país constituído por aquisições medicamentosas. Esta escassez de recursos, como discutido por PRATA, PROGINTI E FERREIRA (2012), legitima a forte presença da saúde complementar e suplementar, desmascarando um sistema público de saúde que, no papel se quer universal, mas na prática caminha para um futuro residual.

Outro aspecto de suma importância sobre o subfinanciamento consiste na contratação de trabalhadores, tanto do ponto de vista numérico, haja vista que as grandes filas de espera por atendimento no SUS, tidas como um dos grandes exemplos da desumanização do sistema de saúde, poderiam ser diminuídas com um maior investimento em contratação de equipes para atender a demanda de atendimento. Para além disto, há a questão dos vínculos empregatícios cada vez mais frágeis e instáveis ao trabalhador, como é o caso das terceirizações, contratações como pessoa jurídica, contratação como temporário ou intermitente, os quais depredaram os direitos trabalhistas, bem como a questão dos salários baixos e amplas jornadas de trabalho, que fazem com que os trabalhadores tenham múltiplos empregos, ficando portanto sobrecarregados pela exploração intensa de sua força de trabalho diante da necessidade de sustentar suas famílias.

Esta questão das condições de trabalho será abordada detalhadamente no tópico seguinte.

6.4 ACUMULAÇÃO FLEXÍVEL E NEOLIBERALISMO: FORMAS ATUAIS DE DEGRADAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Como discutido no tópico anterior, o papel do Estado mínimo neoliberal influencia de forma determinante o funcionamento do sistema de saúde. O impacto da redução de gastos com políticas públicas atinge diversos aspectos da organização dos serviços, com grandes repercussões sobre as condições de trabalho dos trabalhadores em saúde, aspecto determinante para a desumanização do cuidado.

Os sucessivos governos brasileiros pós-constituição de 1988 vêm, em maior ou menor grau, aplicando políticas neoliberais, por meio de esvaziamento de políticas sociais, especialmente através do subfinanciamento. Porém esta questão do financiamento não é a única forma com que as relações capitalistas incidem sobre os serviços de saúde. Mudanças sucessivas na organização do trabalho, dentro da lógica da reestruturação produtiva, promovem a destruição paulatina dos direitos trabalhistas (CAMPOS; VIANA, SOARES, 2015), acarretando maior grau de exploração dos trabalhadores através de mecanismos como flexibilização de contratos trabalhistas, congelamento salarial, além de mudanças internas à organização do processo de trabalho. A reestruturação produtiva pode ser definida como “um processo que destaca a necessidade de transformações estruturais no âmbito da produção e do trabalho, apontando para um novo paradigma tecnológico e organizacional, com a adoção de novos padrões de gestão e organização do trabalho. ” (PRATA; PROGIANTI, DAVID, 2014, p. 1124).

Esta reorganização do trabalho é um fenômeno que atende às necessidades de mudança no regime de acumulação como forma de superação das crises cíclicas do capital. As crises do capital são os momentos em que uma sociedade se vê diante de uma dificuldade radical em manter sua existência do modo como estava mantendo, justificando e necessitando de mudanças no seu funcionamento (CAMPOS; VIANA; SOARES; 2015). Estas crises cíclicas se dão pela própria dinâmica contraditória no capitalismo, são parte inerente do seu funcionamento, compondo a dinâmica de quatro fases sucessivas da produção na sociedade capitalista, sendo a de crise, depressão, retomada e auge. As principais características da produção capitalista que influenciam esta repetição de ciclos são tanto a ausência de planejamento da produção de acordo com necessidades coletivas, sendo a produção determinada pela necessidade de lucro dos capitalistas, quanto a queda tendencial da taxa de lucros, que advém da tendência de aumento da composição orgânica do capital (VIAPIANA, 2017).

Este aumento da composição orgânica consiste na maior utilização de meios de produção, ou seja, de trabalho morto, através do desenvolvimento tecnológico, com automatização do processo da produção, e conseqüentemente, diminuição gradativa da participação do trabalhador no processo de trabalho, necessitando de menor quantidade de trabalho vivo, ou humano. Segundo Marx (2010) é somente o trabalho

humano que gera novo valor. Desta forma, o aumento progressivo da automação nos processos de produção tende a elevar a quantidade de valor transferido às novas mercadorias, mas reduz o valor novo, base da extração de mais valia, diminuindo tendencialmente a taxa de lucro do capital, ao mesmo tempo em que implica uma queda no valor unitário das mercadorias e superprodução. Esta queda na taxa do lucro dos capitalistas é o fator que determina os períodos de recessão e crise para a classe trabalhadora.

A crise deste padrão (fordista e taylorista) de acumulação de capital e de organização da produção representou a quebra de um pacto social, gerando instabilidade e insegurança no plano político, econômico e social. Este cenário perdurou até o final da década de 1970, quando o ideário neoliberal conquistava espaços nos países desenvolvidos e se mostrava como a ideologia mais adequada para sustentar politicamente a globalização e a reestruturação produtiva, processos que se constituíram numa resposta à crise do fordismo, e numa reconfiguração do modo de acumulação capitalista. (PRATA; PROGIANTI, DAVID, 2014, p. 1124)

Com isso, concluímos que a transição dos regimes de acumulação do capital é determinada pelo movimento inerente de contradições no modo de produção capitalista e os seus modelos de acumulação (CAMPOS; VIANA; SOARES; 2015). As mudanças nos modelos de organização do trabalho dependem do contexto histórico em que estão inseridos, visto que houve diferentes regimes de acumulação dentro do mesmo modo de produção, sendo determinados, portanto, também pelo contexto histórico específico.

Um regime de acumulação expressa uma determinada forma hegemônica de organização do trabalho (tal como o taylorismo, fordismo, toyotismo), determinada forma estatal (como o liberal, liberal-democrático, keynesiano e neoliberal) e uma determinada forma assumida pelas relações internacionais (colonialismo, neocolonialismo etc.)¹. A história do capitalismo foi marcada pela sucessão de diversos regimes de acumulação (extensivo, intensivo, conjugado, integral) em seu desenvolvimento histórico (Viana, 2009; 2003) e atualmente, após a crise do final dos anos 1960 e que perdurou até meados de 1970, vive sob o regime de acumulação integral. (CAMPOS; VIANA, SOARES, 2015, 2015, p. 85)

Um dos novos modelos de acumulação flexível do capital é denominado de *toyotismo* (ALVES, 2005), também conhecido como acumulação flexível ou integral. Após o período de crise da década de 1970, o novo regime de acumulação flexível foi aos poucos sendo a nova tendência dentro da organização do processo produtivo, em detrimento do antigo modelo fordista e taylorista. Diversos modelos de acumulação

flexível surgiram na década de 80 na Europa e Estados Unidos, com intuito de superar a crise do regime de acumulação anterior,

...espalhando-se posteriormente pelo mundo, conhecido como “reestruturação produtiva”, que é a alteração na forma hegemônica de organização do trabalho, e neoliberalismo, a forma assumida pelo Estado capitalista (...) (CAMPOS; VIANA, SOARES, 2015, p. 85).

Desta forma, CAMPOS; VIANA, SOARES (2015) afirmam que no Brasil desde a década de 1990 temos uma tendência à menor intervenção estatal, assim como precarização de setores como educação e saúde, visto que as políticas estatais expressam o modo de produção da sociedade e sua organização social. O que significa dizer que a organização do trabalho e seu modelo de assistência e de gestão são

(...) fundamentalmente determinadas em favor dos interesses gerais do capital e das necessidades da acumulação capitalista, mas também como respostas a conflitos de classes, de grupos de interesse e de partidos (...) (CAMPOS; VIANA; SOARES; 2015, 2015, p. 87)

Com isto, é possível compreender que tanto a questão do subfinanciamento crônico do SUS, quanto a sua organização enquanto sistema de saúde, são determinados predominantemente pela política do Estado neoliberal, o qual representa os interesses da burguesia, em detrimento das necessidades da classe trabalhadora que é usuária e que trabalha na área da saúde.

O princípio da universalidade no SUS foi atacado ao longo dos governos neoliberais por ir de encontro à necessária reestruturação produtiva, a qual cumpre o papel de garantir a acumulação de capital. Não garantindo o princípio da universalidade, o SUS permanece como uma espécie de sistema para quem não pode pagar um plano de saúde privado. Desta forma, o ataque ao princípio da universalidade é o alicerce para, de um lado, permitir o subfinanciamento, e por outro, fomentar a maior participação privada nos cuidados em saúde no Brasil (CAMPOS; VIANA; SOARES; 2015).

Para efetivar o processo de adesão da sociedade à direção dada pelo neoliberalismo à relação público-privada, os mecanismos de convencimento são de caráter ideológico. Assim, o que justifica a troca da universalidade pela focalização e da igualdade pela equidade é a ideia de que os recursos

públicos são escassos e, portanto, devem ser alocados para atender os “socialmente excluídos”. (CAMPOS; VIANA, SOARES, 2015, p. 88).

Outro aspecto relevante da relação público-privada é a “outorga do gerenciamento de estabelecimentos públicos de saúde a grupos privados” (CAMPOS; VIANA; SOARES; 2015), visto que é colocada em pauta a incompetência do Estado em gerenciar seus serviços, cuja dificuldade de gerenciamento decorre especialmente da insuficiência de recursos financeiros, naturalizando o discurso de incompetência da gestão pública e reforçando o pensamento de plena competência por parte de gestões privadas em administrar os serviços, inclusive os de saúde.

Porém, a suposta competência das gestões privadas não reside no fato de melhorarem os serviços públicos, mas sim no fato de implementarem ações necessárias para o estado neoliberal, tais como fomento a vínculos flexíveis e precários de trabalho, em forma de terceirizações; remodelamento das condições e organização do trabalho, dentro da lógica toyotista, com ampliação de jornada de trabalho e intensificação da exploração; e também a inibição de reflexão sobre o trabalho em si e sobre direitos (CAMPOS; VIANA; SOARES; 2015). Segundo GOMES, 2015

(...) a reestruturação alia a especialização flexível à precarização, com nova incorporação da subjetividade no trabalho pela autogestão. O que não significa, necessariamente, uma autorrealização do sujeito no trabalho, pois o cumprimento de metas da empresa através da superindividualização captura a subjetividade (...) (GOMES, 2015, p. 2592)

Assim, dentro do capitalismo, o trabalhador é subordinado a realizar sua atividade sob o controle e demandas dos capitalistas, assim como o fruto de seu trabalho também pertence ao capitalista e não a si. Este modelo toyotista de acumulação flexível possui particularidades e repercussões específicas no contexto histórico do século XXI. Segundo Alves

o toyotismo é a ideologia orgânica da produção capitalista, que tende a colocar novas determinações nas formas de ser da produção e reprodução social. O mundo do trabalho, com destaque para os seus pólos mais dinâmicos de acumulação de valor e de base técnica mais desenvolvida, tende a incorporar o espírito do toyotismo. Seu léxico penetra não apenas a indústria, mas os serviços e a própria administração pública. (ALVES, 2005, p. 410).

Ao contrário dos regimes anteriores de acumulação, nos quais havia uma maior rigidez no processo produtivo, com fabricação de mercadorias em larga escala, no qual o trabalhador obedecia ao ritmo imposto pelo maquinário, nesta nova forma flexível de acumulação a produção é agora feita de acordo com as especificidades do mercado. Com isso, há uma produção considerada como heterogênea, ou seja, uma produção que é mais planejada de acordo com o público alvo que irá consumir aquela mercadoria em questão. Desta forma, o ritmo de trabalho varia de acordo com a demanda, não sendo homogêneo e nem constante; possui períodos de aceleração e desaceleração, varia ao longo do tempo. Outra característica marcante deste modelo é a multifuncionalidade, ou seja, a imposição para que o trabalhador realize diversas tarefas no processo produtivo (VIAPIANA, 2017).

Desta forma, o regime toyotista “se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo” (VIAPIANA, 2017, p. 94). Esta flexibilidade no processo de trabalho culmina, paradoxalmente, em maior controle por parte do empregador e maior pressão sobre os trabalhadores, visto que a maior mobilidade no trabalho abre uma brecha para o acúmulo de funções no processo produtivo, aumentando a responsabilidade do trabalhador sobre o processo de trabalho e, conseqüentemente, exercendo uma sobrecarga física e mental.

São organizados, ainda, Círculos de Controle de Qualidade, nos quais os trabalhadores são instigados a discutir seu trabalho e desempenho, visando melhorar sua produtividade. Nestes espaços, o capital apropria-se do conhecimento do trabalhador, o qual era desprezado na produção fordista/taylorista. A produção é estruturada de forma flexível, possibilitando ao trabalhador operar várias máquinas simultaneamente, sob o princípio do *just in time*, para o melhor aproveitamento possível do tempo de produção. (VIAPIANA, 2017, p. 96)

Assim, o regime toyotista se baseia na flexibilização do trabalho, cujos desdobramentos se dão tanto na superação produtiva, econômica e financeira da rigidez anteriormente em voga, quanto no planejamento de acordo com a demanda do mercado e na gestão *just-in-time*, que consiste em racionalizar o processo de trabalho com intuito de evitar desperdício de tempo e material, garantindo maior eficiência e menor custo (PRATA; PROGIANTI; DAVID; 2014).

Estas características do novo regime de acumulação foram implementadas também no serviço público, mesmo este tipo de serviço não tendo o intuito de gerar mais valor (VIAPIANA, 2017). Esta lógica neoliberal da flexibilidade e otimização da

gestão foram também incorporadas na gestão do sistema público de saúde brasileiro, o SUS.

O neoliberalismo, enquanto uma doutrina que abrange economia e filosofia social, trouxe proposições que visavam reformar os Estados de bem-estar social, incluindo a contenção de gastos sociais, privatizações dos ativos públicos, flexibilização do trabalho, desregulamentação do mercado e globalização da economia. Tais ações, de 1970 a 1980, foram estratégicas para sanar a crise fiscal dos países, afirmando a responsabilidade individual e definindo o Estado mínimo, no qual a saúde é um dos setores diretamente afetado. (...). Este redesenho da gestão, no campo da saúde, demonstra uma das perspectivas da reestruturação produtiva, pautada na flexibilização das estruturas e das formas de organização das relações de trabalho, com a promessa de desburocratização e eficiência da gestão pública de saúde. (PRATA; PROGIANTI; DAVID, 2014, p. 1124 E 1125)

Conforme observamos na seção de resultados, a tabela 1 mostra que melhorias nas condições de trabalho ocupou a 24ª posição em termos de frequência absoluta, com 16 artigos citando este item como necessário para a humanização (MARTINS et al, 2008; DESLANDES, 2004; RÊGO et al, 2014; PEREIRA, 2006; FERREIRA E ARTMANN, 2018; LIMA et al, 2014; BECK et al, 2009; BATISTA et al, 2016; GARCIA et al, 2010; DORICCI et al, 2016; JUNGES e BARBIANI, 2012; FALK et al, 2009; MELLO et al, 2013; SOUZA e MENDES, 2009; PRATA et al, 2012; GIBAUT e MUSSI, 2013). Destes artigos, apenas 3 trazem uma discussão mais aprofundada sobre as raízes das más condições de trabalho (DESLANDES, 2004; NEVES & MASSARO, 2009; PRATA, 2012); os demais citam o fato de que é preciso ter melhores condições de trabalho, mas não aprofundam o debate.

Deslandes (2004), em um artigo que discute a PNHAH, afirma que as tecnologias ditas leves, ou seja, que estão no campo comunicacional e relacional, são hoje a principal marca da reestruturação produtiva na saúde, tendo o foco na gestão do cuidado. De mesma forma, NEVES & MASSARO (2009), afirmam que “Na saúde, o campo de atuação privilegiado da lógica de reestruturação produtiva, expressa sob a ótica acumulativa do capital financeiro, tem sido o dos processos de cuidado e sua gestão.” (p. 505). Apesar de o documento oficial possuir uma

“(…) constante preocupação do discurso em não parecer que há uma proposta de substituição das condições estruturais da qualidade do atendimento, reconhecidos como fundamentais, por um modelo baseado somente “na boa relação” ” (DESLANDES, 2004, p. 10).

A autora reflete que há poucas propostas práticas no sentido de fomentar melhores condições de trabalho, assim como critica a falsa oposição entre uso tecnológico e qualidade comunicacional no atendimento em saúde. Desta forma, traz a reflexão sobre a existência de diferentes estratificações na sociedade que geram a dificuldade comunicacional, sendo, portanto, necessário observar a dinâmica da sociedade para compreender as raízes da desumanização dos serviços de saúde, visto que “Os objetos (tecnologias), as práticas (programas, propostas) e as intenções (discursos, leis) não são ‘bons ou maus’ ‘em si’, fora das relações e do campo problemático que os engendram e podem produzir. ” (NEVES; MASSARO, 2009, p.511).

As tecnologias relacionais, como vínculo e acolhimento, embora muito importantes para o bom atendimento em saúde, não podem ser desvinculadas tanto de uma análise social sobre os atores envolvidos no processo do fazer saúde, quanto de um entendimento de que o uso de tecnologias faz parte da melhoria de condições estruturais no atendimento em saúde. O avanço tecnológico na área médica tem crescido em ritmo exponencial e trouxe importantes benefícios e maior resolutividade, seja em termos de prevenção, de diagnóstico ou de tratamento. Porém, o investimento em tecnologias duras se torna oneroso para um Estado neoliberal que tem como princípio sucatear políticas sociais e baratear ao máximo o gasto com seguridade social, como saúde e educação. Desta forma, a aposta em tecnologias relacionais no atual contexto neoliberal faz com que haja a transferência para os ombros dos trabalhadores a incumbência pela quantidade e qualidade deficitárias dos atendimentos dos serviços de saúde ofertados pelo Estado, individualizando a responsabilidade e omitindo a raiz social de depredação dos direitos sociais.

O panorama neoliberal de subfinanciamento crônico, como discutido no item anterior, levou à implementação de novos modelos de gestão e de contratação que satisfizessem as necessidades neoliberais de gerir um serviço público com recursos muito aquém das reais necessidades financeiras. Desta maneira, a lógica da acumulação flexível se fez possível, com o lema de aumentar a “eficiência” com menor custo. Em termos de contratação, para a atenção em saúde, isto se configurou em terceirizações, em contratação temporária e implementação de organizações sociais para gerir os serviços de saúde (PRATA; PROGIANTI; DAVID; 2014). Isto gerou uma estratificação de tipos de vínculos empregatícios, coexistindo em um mesmo ambiente

de trabalho tanto vínculos estáveis estatutários, quanto vínculos celetistas, o qual é mais instável e precário, e até mesmo vínculos ainda mais precários, com menores garantias de direitos trabalhistas, tais como terceirização, contratação por pessoa jurídica e contratos temporários e intermitentes, que são as modalidades mais recentes de precarização de vínculos trabalhistas.

Há também, por outro lado, o questionamento sobre a deterioração das condições de trabalho aliada à multifuncionalidade ou acúmulo de funções, característica também marcante do toyotismo. Prata, Progianti e Pereira (2012) discutem a direta conexão entre o atual regime de acumulação do capital e a vigente organização do trabalho em saúde no SUS. Afirmam que a reestruturação produtiva

“(...) exige dos trabalhadores habilidades diferenciadas e capacidade de adaptar-se a novas situações. A sua principal característica é a flexibilização do trabalho, com a formação profissional direcionada para habilidades intelectuais, manuais e empresariais, polivalência, qualificação e produção de conhecimento, valorizando a qualidade do trabalho, a criatividade, intuição e a autonomia na tomada de decisão.” (PRATA; PROGIANTI, PEREIRA 2012, p. 109)

As autoras exemplificam que o fomento da assistência ao parto por uma enfermeira obstétrica foi, por um lado, um avanço para esta categoria profissional, pois obtiveram mais espaço de atuação profissional e mais autonomia em seu trabalho. Mas problematizam que a sua atuação é, por outro lado, uma estratégia neoliberal de barateamento do atendimento, uma vez que

Ao investir na assistência ao parto pela enfermeira obstétrica, o governo neoliberal seguia seu ideário de Estado mínimo tendo em vista que a prática profissional dessa especialista envolve tecnologias leves e de baixo custo. Acrescenta-se ainda a questão salarial, como uma profissão feminina relacionada com o cuidado, a remuneração das enfermeiras é inferior, o que reduz os gastos públicos e viabiliza a continuação das reformas neoliberais (PRATA; PROGIANTI, PEREIRA, 2012, p. 109)

A diminuição de custos relacionada à divisão técnica do trabalho é outro ponto importante dentro da lógica do regime de acumulação flexível, visto que a intensa fragmentação do processo de trabalho, além de reduzir salários, cumpre um papel importante na produção da alienação, aspecto que discutiremos a seguir.

6.5 OS EFEITOS DO ESTRANHAMENTO SOBRE A DESUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Vimos nos itens anteriores o papel que o atual regime de acumulação de capital e o neoliberalismo, com implicações como o subfinanciamento crônico do SUS, desempenham na insuficiência dos serviços de saúde em atender as necessidades de trabalhadores e usuários, cujas críticas se manifestam sob o título de desumanização dos serviços. Estas questões levantadas possuem raiz comum: a sociedade de classes e alienação que esta promove no cotidiano dos processos produtivos e da vida social.

“A ação sóciopolítica dos homens chama-se *práxis*, e o desconhecimento de sua origem e de suas causas, *alienação*” (SILVA, 2008, p. 134). Compreendemos o processo de alienação diretamente relacionado às relações de produção da sociedade capitalista, não sendo, portanto, um processo natural ou individual. A desumanização advém do aprofundamento da alienação na sociedade capitalista contemporânea, inclusive em algumas de suas esferas particulares, como a dos serviços de saúde. Neles, o fenômeno da desumanização é gerado pela discrepância, de um lado, entre as necessidades em saúde da população e dos trabalhadores de saúde, e, de outro, o que é realizado nos serviços diante dos limites impostos pelo capital e seu braço gestor, o Estado.

Para Gomes (2010), é preciso considerar a alienação como parte de um binômio em conjunto com a humanização, ambas em uma disputa contínua, visto que o desenvolvimento humano não deixa de produzir avanços, ainda que sob condições de alienação. Da mesma forma, os indivíduos não deixam de se apropriar desses avanços, ainda que o façam de forma limitada, estranhada (GOMES, 2010).

Os humanos, ao transformarem a natureza, o fazem de maneira teleológica, ou seja, planejada. O ato do trabalho, de transformar a natureza, possui sua razão de ser em atender uma necessidade humana, planejada teleologicamente na consciência antes de ser executada. Por ser apenas uma ideia, este planejamento é dependente da fase posterior, na qual após idealizar um objeto, os humanos objetivam esta ideia na transformação da natureza. É nesta objetivação que o humano se coloca no processo de trabalho: seu ser, corpo e mente, ao transformar o fruto do planejamento consciente em objeto, se subordina ao processo de produção, ao trabalho. (LESSA,

2015). Desta forma, o trabalho envolve todas as dimensões do humano na transformação da natureza, tanto físicas quanto mentais. Importante ressaltar o caráter social desta transformação da natureza, pois os homens se organizam em sociedade para executar o trabalho que necessitam; e neste processo de transformação do mundo, também transformam a si próprios, uma auto-transformação. É na produção e apropriação do fruto do trabalho social que o homem se humaniza.

(...) ao produzir objetos e utilizá-los para viver o ser humano produz uma nova realidade e se produz com ela. Isso quer dizer que ele é produto da civilização, é um produto social e não mais somente da natureza. O ser humano, portanto, não nasce pronto, vai adquirindo a condição humana com aquilo que a sociedade produz (Marx, 2004). É isso que lhe permite objetivar em si aquilo que caracteriza a condição de humanidade. (ALBUQUERQUE, SILVA, 2014, p. 956)

Todo ato de trabalho envolve a totalidade do humano que ali está, pois, para execução da tarefa, para além da ideia e das expectativas prévias à produção, há também o desgaste físico da execução e sua subordinação às características e limites impostos pelo objeto que está sendo transformado. A isto dá-se o nome de exteriorização, o colocar-se no mundo através do ato do trabalho. Este embate entre objetivação, exteriorização e objetividade do mundo, ou seja, a necessidade de transformar a natureza e forma com que os humanos de fato a transformam, é um momento decisivo de mediação entre o homem e a natureza, pois

A exteriorização é o momento, inerente e interno primordialmente ao trabalho, pelo qual, ao objetivar a teleologia, o conteúdo da consciência se exterioriza e entra em confronto imediato com a objetividade do mundo. Por essa exteriorização, os indivíduos produzem novas habilidades, novas sensibilidades e conhecimentos, se transformam ao transformar o mundo. A exteriorização, em Marx, é um primeiro momento pelo qual, ao transformar a natureza, transformamos nossas próprias naturezas de seres humanos. (LESSA, 2015, p.)

Dito isto, podemos refletir sobre o papel que a organização social exerce na produção da vida, ou seja, na execução do trabalho para atender nossas necessidades, pois “a ação humana no mundo não é somente objetivação, mas também apropriação” (GOMES, 2017, p. 99). Este embate entre a necessidade humana, o planejamento em atender esta necessidade e a real possibilidade de realização no mundo real, gera um conflito para o humano real, ou seja, o humano

não descolado de suas amarras sociais. Diante dos antagonismos de classe, é explícita a diferença entre o planejado pelo humano, fruto de sua necessidade, e o possível de ser executado, visto que o processo produtivo não é controlado pelo trabalhador, mas obedece ao ritmo e à forma estabelecidos pelo empregador. Para Marx, ao modificar a natureza, o ser humano modifica-se a si mesmo (MARX, 2015), o que significa afirmar que, por um lado, as necessidades humanas se complexificam ao longo do tempo, de acordo com a complexificação do trabalho e dos produtos feitos para atender estas necessidades; e por outro lado, que a não exteriorização de sua subjetividade na produção, bem como a impossibilidade de ter acesso ao produto social de seu trabalho, gera o estranhamento em relação ao produto de seu trabalho, posto que “a objetivação predomina sobre a exteriorização” (LESSA, 2015, p. 468). Desse modo,

A exteriorização (*Entäusserung*) reage sobre os sujeitos exteriorizadores estabelecendo uma relação entre produtor e produto que pode apresentar-se com características diversas a depender das relações sociais sob as quais se desenvolva. Em determinados modos de produção, como os capitalistas, por exemplo, as objetivações podem apresentar-se para os indivíduos como reificadas – *coisas estranhas* dotadas de autonomia -, contraditórias com a imagem de *sua* própria subjetividade exteriorizada. Esse *estranhamento* do homem em relação às objetivações humanas representa o cerne da *alienação* (*Entfremdung*). Para o referencial marxista, portanto, a alienação (*Entfremdung*) se constitui quando os homens estabelecem com seus produtos – seja do trabalho, seja das relações sociais – uma relação de *reificação* e *estranhamento*. As objetivações-exteriorizações ganham autonomia, saem do controle dos sujeitos, apresentando-se como estranhas e, inclusive, voltando-se contra seus criadores. Com efeito, acabam por impor-lhes conformações e mesmo restrições em seu viver, em vez de representar para os sujeitos suas formas de inscrição no mundo. (GOMES, 2017, p. 104).

O trabalho no modo de produção capitalista é alienador, pois a organização social é conflitante com os interesses e necessidades daqueles que produzem a existência humana. Na atual sociedade, temos duas classes antagônicas: os capitalistas, ou burguesia, que são os donos dos meios de produção, ou seja, detém o poder sobre os instrumentos necessários ao trabalho, ditando as regras em seu benefício próprio; e os trabalhadores, os quais vendem sua força de trabalho como meio de subsistência. Ambas as classes possuem interesses opostos, estabelecendo uma relação complexa e incessante de luta entre si, na defesa de seus interesses.

Barros (2011), ao realizar uma análise sobre a produção de Marx acerca do tema de alienação, traça o percurso de Marx, desde a obra *Manuscritos econômico-*

filosóficos até O capital, demonstrando como o autor analisou a alienação de diversos pontos de vista, partindo de análises críticas à religião e à política, à natureza e a si mesmo, até em sua maturidade intelectual, observar a centralidade que a alienação no trabalho possui diante da práxis da transformação da natureza pelo homem e de sua autotransformação. O autor afirma que para Marx “a alienação produzida no mundo do trabalho era o ventre materno de todas as alienações – a raiz do “estranhamento” que lançava no sofrimento e na inconsciência o homem comum do mundo moderno.” (BARROS, 2011, p. 229).

Desta forma, o modo de produção capitalista transforma a mais fundamental e ontológica dimensão da vida humana, o trabalho, em algo estranho e opressor para seus trabalhadores, ao invés de realizador das necessidades. Este ponto é de importante discussão, pois é evidente que o trabalho humano cumpre o papel, também no capitalismo, de suprir as necessidades humanas. A produção, a mercadoria produzida, possui seu valor de uso, não possui somente valor de troca. Porém, realiza esta função de atender as necessidades humanas de uma maneira conflituosa, devido à alienação do trabalhador em relação ao fruto do seu trabalho. Por um lado, o trabalhador é alienado do fruto de seu trabalho por não estar em um patamar de desenvolvimento particular que esteja à altura do que a humanidade em geral está. Um exemplo disso seria imaginar que um trabalhador que esteja inserido na produção, por exemplo, de uma gráfica, responsável pelo funcionamento da impressora, e que seja analfabeto, será alienado do fruto de seu trabalho, este material impresso não fará sentido para ele, pois, apesar de uma parte da humanidade ser capaz de se apropriar daquele produto e se beneficiar dele, outra parte não estará em um patamar de capacidade de apropriação. Outro exemplo seria um trabalhador de uma fábrica montadora de carros importados, cujos preços dos carros que produz são muito maiores que o salário do trabalhador que os cria, perdendo, portanto, aquela mercadoria específica, o seu valor de uso para o trabalhador que a está produzindo.

Por outro lado, outro aspecto da alienação se refere ao pôr teleológico, característica marcante da práxis do homem no mundo, a sua intencionalidade de transformação da natureza de acordo com seu planejamento e sua necessidade de exteriorização. Ao não se sentir afirmado no produto de seu trabalho, visto que o planejamento e a forma de objetivação são ditadas pelo empregador, o produto de seu trabalho entra em contradição com as suas necessidades. Ambos os exemplos

citados levam ao estranhamento, ou seja, à desumanização dos homens em relação ao que produzem no mundo, à perda de sentido.

A organização social pautada pela propriedade privada, aliada à divisão técnica do trabalho e a produção de mercadorias, surgidas ao longo da história da humanidade e culminando atualmente no capitalismo, geraram outros tipos de mediação entre os seres humanos e a natureza, permitindo a relação estranhada do trabalhador em relação tanto aos seus meios de trabalho, quanto aos produtos de seu trabalho, caracterizando o trabalho alienado. Sendo o trabalho o elemento constituidor do gênero humano, este apagamento do sujeito no processo de trabalho aprofunda o estranhamento para com o fruto do seu trabalho. Este fruto do trabalho, por refletir cada vez menos diretamente a subjetividade de quem o produz, implica em uma realização cada vez menor devido ao trabalho alienado ou estranhado, que é heterodeterminado e impõe limites à subjetividade humana, origina a desumanização em diversas áreas da sociedade, inclusive na saúde (GOMES, 2017).

A divisão social do trabalho, que no capitalismo é caracterizada por uma divisão técnica entre trabalho intelectual e manual, está no cerne do fenômeno da alienação, pois oculta a noção de práxis nos seres humanos (SILVA, 2008). A divisão técnica dos processos de trabalho fragmenta o ato de fazer, de produzir o mundo, fragmentando o processo de trabalho a ponto de os humanos perderem a perspectiva de que são os criadores das coisas que existem no mundo: cultura, política, objetos, etc. Ao não reconhecerem o fruto de seu trabalho como criação própria, os encaram como entidades autônomas e naturais, ou seja, objetos cuja existência é uma condição que não depende da produção humana. A divisão técnica do trabalho, ao reduzir a participação do trabalhador ao domínio de um pequeno processo dentro da cadeia produtiva, faz com que o trabalhador se identifique como apenas uma peça dentro do processo de produção, reduzindo-lhe a consciência de agente criador. Desta forma, os objetos e situações da vida, que são produzidos de forma estranhada, são tidas como normais e naturais, e os sujeitos tendem a adaptar-se a eles pelo mecanismo de atribuir o desajuste a si próprios, assumindo a culpa (SILVA, 2008).

O estranhamento aparece no trabalho em saúde também como resultado da perda da propriedade e controle tanto sobre os meios de produção, quanto sobre o processo de trabalho e, inclusive, sobre os produtos do trabalho. A perda do controle dos meios de produção, como visto, acarreta em uma perda de controle do processo

produtivo. Agora o planejamento da atividade e a forma com que será realizada já não mais estão sob a decisão do trabalhador; este, é incorporado ao processo produtivo, tal qual uma extensão das ferramentas de trabalho, e sua subjetividade e vontades são subjugadas às necessidades de produção impostas pelo empregador. No caso da saúde, é possível observar, por exemplo, a questão das extensas jornadas de trabalho e da cobrança por produtividade. Segundo Franco (2011), são três as principais formas de se pensar o trabalho alienado na sociedade capitalista atual.

Compreender o trabalho alienado permite-nos entrever três grandes rupturas fundamentais para a vida e a saúde, operadas desde o século XVIII, como vimos: a ruptura nas relações dos homens com a natureza, a ruptura dos laços dos homens entre si e, também, do homem consigo mesmo. (FRANCO, 2011, p. 181)

Considerando estas três categorias, pode-se analisar diferentes formas de manifestação da alienação no trabalho em saúde. Uma forma se manifesta na não correspondência entre as necessidades dos trabalhadores e seu grau de controle sobre os meios e o processo de trabalho, ou seja, a alienação dos trabalhadores em relação aos meios e condições de trabalho. Sobre a terceira ruptura citada por Franco, é possível observar que, se ao realizar trabalho o homem também sofre uma autotransformação, e esta transformação de si está atrelada a uma condição estranhada em relação ao seu agir no mundo, então a subjetividade humana é também moldada pelo trabalho alienado. A personalidade, os afetos, a vida subjetiva dos trabalhadores é influenciada, transformada e moldada pelo seu agir no mundo. Um grande alvo de críticas em termos de desumanização na saúde é a atitude dos trabalhadores durante a execução do trabalho e sua abordagem aos usuários; mas esta faceta pode ser vista com outros olhos quando se pensa que o processo de trabalho alienado ao qual os trabalhadores de saúde estão sujeitados, molda e determina sua forma subjetiva de agir, pois a transformação de si promovida pelo trabalho alienado, aliena também o trabalhador de si mesmo, de suas crenças e de suas vontades íntimas; a sua consciência é determinada pela sua inserção social no mundo (MARX, 2015). Por isso a culpabilização dos indivíduos se torna um manto ideológico para a determinação social da desumanização na saúde.

Pensando na rotina de um trabalhador da saúde, como, por exemplo, um médico ou enfermeiro de uma unidade básica, que almejam ter um tempo adequado de atendimento para que possam ter a possibilidade de realizar uma escuta

qualificada sobre a queixa que o usuário traz, e, assim, poder interpretar essa queixa e pensar na melhor forma de intervir no processo saúde e doença do sujeito em questão para que este receba o melhor tratamento que o profissional julgar necessário. No cotidiano da prática profissional, vários fatores limitam esta possibilidade de atendimento teleologicamente planejado, a começar pelo número reduzido de profissionais para atender as demandas da população. Isto gera uma fila de espera grande para o atendimento, o que faz com que o gestor exija um número de atendimentos em um determinado período, impondo limites ao trabalho do profissional de saúde, o qual já não pode conceber seu trabalho e objetivá-lo da maneira que considera adequada. Ao contrário, é forçado a se adequar à demanda.

As longas filas de espera por consulta e a alta demanda não passam a ser encaradas como uma ineficiência da gestão pública em fornecer financiamento adequado, neste caso em forma de contratação de maior número de profissionais para atendimento da demanda; mas, passam a ser consideradas responsabilidade dos profissionais que estão inseridos no serviço, os quais assumem a culpa individualizante pelo déficit de atendimento e, em conjunto com mudanças de gestão local, buscam maneiras de otimizar o atendimento para garantir que uma maior quantidade de pessoas possa ser atendida. Isto faz com que o profissional ceda em relação ao seu planejamento do trabalho, e passe a executá-lo de maneira a se adequar com o ritmo imposto pela gestão, pela cobrança dos próprios colegas de trabalho e pela auto cobrança em se adaptar para poder desempenhar sua função profissional. Desta maneira, o trabalhador da saúde perde a sua autonomia no processo de trabalho, não mais podendo tomar todas as decisões sobre a forma com que deve trabalhar, tendo que adaptar-se às limitações impostas.

Gomes (2017) discute em relação ao trabalho médico que a passagem da prática médica de caráter liberal à atual forma assalariada dependeu, dentre outros aspectos, da paulatina perda de controle dos meios de produção no trabalho deste profissional, especialmente devido ao avanço tecnológico na área biomédica, a qual introduziu uma série de exames e procedimentos que requerem um grande aparato de instrumentos, sendo a posse destes aparatos restrita a alguns donos de clínicas e hospitais, e os demais médicos estando sujeitos à exploração assalariada de sua força de trabalho.

A alienação em relação aos meios e condições de trabalho nos serviços de saúde também envolve a perda do grau de controle sobre os recursos tecnológicos em razão do domínio exercido por outros intermediários entre trabalhador e usuários, como o complexo médico industrial (indústria farmacêutica e de equipamentos), o empresariamento privado da saúde, a gestão capitalista do trabalho. Cada vez mais esses atores ditam o funcionamento dos serviços, restringindo o papel dos trabalhadores no domínio e controle da atividade.

A alienação dos trabalhadores da saúde em relação ao seu objeto de trabalho se manifesta no estranhamento em relação às determinações dos quadros de sofrimento e às necessidades dos sujeitos que os procuram. Sobre esta ilusória autonomia individual, Gomes (2017) destaca a incapacidade das ciências biomédicas em lidar com as questões complexas do processo saúde-doença, as quais envolvem o âmbito social como determinante do adoecimento, para além do aspecto biológico. Este pensar a saúde e o adoecimento como um processo determinado socialmente, não nega a dimensão biológica do adoecimento, mas a subordina aos processos sociais (BREILH, 2006).

Diante da incapacidade da área médica atual em lidar com o complexo processo de adoecimento, desenvolve-se o fenômeno da medicalização social.

Ao se depararem com realidades estranhas e terem de abordá-las, tentam transportá-las, na medida do possível, para o terreno onde se sintam mais seguros, seu campo de domínio teórico-prático. Assim se expressa *em ato* a medicalização social, isto é, os médicos explicam e operam sobre problemas estranhos ao âmbito biomédico, guiados pelos pressupostos epistemológicos das ciências biológicas. (...) parece que nada escapa a essa tentativa dos médicos de enquadrar aspectos sociais internamente ao campo das *ciências naturais*. Porém, tal proceder (...) não é suficiente para superar a *alienação*. Isso porque a constituição dos processos de *alienação/estranhamento* dos sujeitos em relação a sua atividade e a sua vida não se refere estritamente à ideia de não reconhecimento de certas circunstâncias que os cercam, mas se vincula, também, e principalmente, à incapacidade desses sujeitos de agirem/operarem sobre elas (GOMES, 2017, p. 151).

A medicalização social expressa a alienação dos trabalhadores da saúde, pois estes, alheios ao peso que a sociedade de classes exerce no complexo processo de adoecimento, focam sua ação em práticas que lidam somente com os aspectos biológicos do adoecimento, acabando muitas vezes por responsabilizar os sujeitos pelo seu sofrimento. Isto torna o trabalho frustrante, visto que, na maioria dos casos, esbarra em limites significativos, fazendo com que o produto do trabalho em saúde –

o atendimento em si, bem como a prevenção de doenças e a própria cura – se torne um objeto estranhado, ou seja, que não corresponde à expectativa e não supre as necessidades de saúde.

A alienação em relação aos outros homens também se expressa no interior da relação trabalhador-usuário. Outra manifestação da alienação se refere à transferência das limitações do sistema de saúde para o âmbito das relações entre trabalhadores da saúde e usuários. Dadas as limitações de acesso, provocadas pela insuficiência da oferta de serviços, os usuários, por desconhecimento dessa causa, poderão culpar os trabalhadores da saúde pela falta de atendimento, levando a uma relação conflituosa. Este atrito relacional extrapola o âmbito individual, pois sua raiz está inserida na organização social, nas políticas neoliberais de sucateamento da esfera pública. A ideologia dominante de culpabilização individual leva à ausência do caráter coletivo e das necessidades coletivas nos debates, particularizando ao máximo os atritos, prescrevendo uma forma individual de lidar com os problemas que são sociais. Com isso, os indivíduos se alienam de sua coletividade e de sua relação com os demais sujeitos em que estão em íntimo contato.

Os efeitos da alienação recaem não somente sobre os usuários, mas também sobre os trabalhadores da saúde. A tendência ao aumento da exploração, com redução salarial, as múltiplas jornadas de trabalho, sobrecarga, intensificação e desrealização com a atividade levam à configuração de cargas de trabalho que ampliam significativamente o desgaste não somente físico, mas também mental. (VIAPIANA, GOMES, ALBUQUERQUE, 2018, p. 178)

Grande parte das propostas de humanização enaltece uma resposta individual e fragmentada em relação à desumanização dos serviços, buscando que cada sujeito envolvido no atendimento em saúde – usuários, trabalhadores e gestores -, possam tomar atitudes que auxiliem na melhoria dos aspectos desumanizadores. De acordo com esses preceitos de humanização nos serviços, é preciso que os indivíduos se esforcem mais para: cultivar mais respeito nas relações interpessoais; criar vínculos com melhora do acolhimento; estimular a autonomia e ser protagonista de seu próprio destino; organizar e otimizar os processos de trabalho, de modo a obter maior eficiência no trabalho; suprir a escassez de recursos humanos, tecnológicos e de acesso à atenção secundária e terciária; participar mais da gestão com intuito de realizar decisões conjuntas, no contexto dos limites burocráticos e financeiros

existentes; dentre diversas outras atitudes individuais ou particulares, ou seja, restritas a um específico serviço de saúde com sua equipe. É isto o que a PNH preconiza quando se denomina como uma política e não um programa normalizador, visto que tem o intuito de orientar as práticas, sendo cada serviço responsável por aplicar os seus princípios e dispositivos.

A flexibilização do trabalho trouxe, sim, mudanças na aparência dos fenômenos, o refinamento dos discursos e a ampliação dos instrumentos de controle sobre o trabalho dominado e do sequestro da subjetividade dos indivíduos. Essencialmente, aprofundou-se o processo de alienação que mergulhou na subjetividade humana, intencional e racionalmente, radicalizando-se a dominação, com sérias consequências para a sociabilidade e a saúde, especialmente a saúde mental (FRANCO, 2011, p. 182).

A necessidade de mudança desta lógica desumanizada de produção na saúde faz com que a discussão sobre humanização e alienação sejam de extrema importância para compreender o fenômeno da desumanização. Compreender o complexo e dinâmico movimento que determina a desumanização no SUS e nos serviços de saúde pode auxiliar a área da saúde coletiva a compreender quais mudanças são necessárias, dentro da nossa sociedade, para que se possa ter uma atenção à saúde mais humanizada.

Alguns aspectos são de suma importância neste processo: para além de defender um sistema de saúde público de acesso irrestrito, universal e de qualidade, é preciso também lutar por estratégias que não culpabilizem os indivíduos pela limitação imposta pelo Estado neoliberal em atender as necessidades de saúde. Para evitar esta culpabilização individual trazida pelas propostas hegemônicas de humanização na saúde, é preciso colocar o trabalho alienado no centro da discussão do fenômeno da desumanização na saúde, pois a fragmentação paulatina da humanidade a uma mera peça no processo de trabalho, retira dos humanos aquela característica que é ontológica a si, ou seja, que funda seu gênero: o criador da sociedade, de si mesmo e de sua história.

Nesse processo, mecanismos que mascaram os processos de privatização da saúde são engendrados como diretrizes de humanização da assistência. Como humanizar a atenção à saúde contando com financiamento precário? Como humanizar a atenção à saúde diante das precárias condições de trabalho e vida, que estão na raiz dos problemas de saúde? Como humanizar a atenção à saúde diante da exploração de classe e do desgastante cotidiano de trabalho? (CAMPOS; VIANA; SOARES; 2015, p. 89)

Os autores acima trazem estas questões centrais para se pensar a humanização na saúde. São estes questionamentos que precisam ser respondidos ao se falar em humanização, pois não é possível propor a humanização na saúde sem dar resposta a estas questões.

Para nós, desalienar, ou seja, humanizar, significa extinguir o abismo entre o gênero humano e as possibilidades reais em cada indivíduo humano. É garantir o caráter social da produção da vida humana, de maneira coletiva, mas garantindo a participação individual consciente dos sujeitos envolvidos no processo (SILVA, 2008). É devolver aos humanos o terreno do ser (BARATA-MOURA, 1997). Isto será possível com uma organização social solidária, que não se pautar pela exploração dos sujeitos, nem pela divisão de classes e nem pela propriedade privada dos meios de produção, condições geradoras da alienação no modo de produção capitalista.

6.6 O PAPEL DA PÓS-MODERNIDADE NAS CONCEPÇÕES HEGEMÔNICAS DE HUMANIZAÇÃO

Somado às condições de trabalho e ao subfinanciamento do SUS, o discurso da ética pautado pela PNH e difundido hegemonicamente entre os autores da saúde coletiva brasileira, revela esta tendência em individualizar a culpa nos sujeitos e apagar a relação coletiva e social que a atitude pessoal tem na dinâmica das relações na sociedade. Este fenômeno de individualização da culpa é também fruto da alienação do trabalho na sociedade de classes, e possui uma raiz epistemológica pautada no pensamento hegemônico dos séculos XX e XXI chamado de pós-modernidade, no qual há o apaziguamento dos conflitos entre as classes na sociedade, o apagamento das divisões sociais (Cavazotti, 2010), trazendo para o âmbito individual a responsabilidade e a necessidade de mudanças para que, cada um fazendo a sua parte, se possa alcançar uma mudança coletiva, aos poucos.

Sobre o fenômeno da pós-modernidade, Cavazotti (2010) discute que está conectado intimamente com a problemática do conhecimento científico e também com seu ensino, sendo a pós-modernidade “um movimento enraizado na perspectiva de dissolução do pensamento científico. (...), o fazer ciência transfigura-se em fazer ideologia” (CAVAZOTTI, 2010, p. 6 e 7). Segundo a autora

(...) a teoria pós-moderna admite o pluralismo e a diversidade da sociedade e, ao mesmo tempo, rejeita a determinação de qualquer princípio unificador. (...) O caráter plural e até mesmo “fragmentário” da cultura será reafirmado como princípio constitutivo da sociedade pós-moderna. (CAVAZOTTI, 2010, p. 16)

O texto base da PNH, em conjunto com a maioria dos artigos que partem da PNH para pensar a humanização, possuem plano de ação centrado nos sujeitos como chave fundamental para mudança do sistema, sejam estes sujeitos gestores, usuários ou trabalhadores da saúde. Muitos autores corroboram com esta análise, partilhando dos preceitos da política nacional, sendo este pensamento de humanização como mudança de atitudes pessoais muito prevalente na saúde coletiva brasileira. Poucos dos autores colocam as relações e a estrutura política e econômica na sociedade como determinantes para o entendimento do fenômeno da desumanização na saúde.

Com isso, é possível observar a influência que a pós-modernidade exerce na área da saúde coletiva, o que acarreta em não aprofundamento no entendimento do objeto da desumanização dos serviços. Ao não considerar o aspecto macroestrutural como determinante das consciências e atitudes individuais, as práticas preconizadas são fragmentadas e insuficientes para promover a humanização dos serviços, pois a individualização enfraquece o poder de ação diante de um problema macrosocial.

Outra característica importante desta influência da pós-modernidade se encontra nas análises a-históricas, com uma descontinuidade entre o presente e o passado, o que “significa sem dúvida a negação da história. (...) A perda do sentido da história torna as manifestações individuais e sociais realizações do eterno presente, sem passado ou perspectiva de futuro.” (CAVAZOTTI, 2010, p. 16 e 24). Este fenômeno pode ser observado nas análises sobre a desumanização dos serviços, visto que a detecção dos fenômenos atuais é presente, mas seu movimento ao longo da história não é posto em pauta. Volta-se o olhar para as atitudes dos envolvidos no fazer saúde, para a adaptação aos instrumentos e às instâncias que existem no presente, sem aprofundar o entendimento de onde estes elementos vieram e para onde estão indo. Isto significa naturalizar a forma com que a saúde é feita, cabendo a nós apenas fazer o melhor possível dentro das limitações “naturais” do SUS, pensamento que inclusive justifica o agir individual e a ética nos serviços de saúde, na qual cada um precisa fazer as melhores escolhas individuais para que efetue seu trabalho da melhor maneira possível, não questionando a possibilidade de

mudança atrelada a questões econômicas e estruturais gerais da sociedade capitalista. É como se fosse natural ter que escolher, diariamente, entre a cruz e a espada.

Em relação ao conceito de humanização, observamos o fenômeno da polissemia, no qual há uma diversidade de conceituações para um mesmo termo. Desta forma, o conceito de humanização não é homogêneo, culminando no fato de que diferentes autores e pensadores da área da saúde coletiva, como demonstrado nos resultados da revisão, utilizam diferentes formas de pensar a humanização. Importante aspecto sobre a polissemia do termo da humanização consiste no fato de que as bases teóricas e filosóficas, na grande maioria dos artigos, não são explicitadas. Esta é uma tendência atual na Saúde Coletiva brasileira, de igual maneira, muito influenciada pelos pensadores pós-modernos, pois o marcante pragmatismo, ecletismo e “rarefação teórica”, ou seja, o esvaziamento de conteúdo para a compreensão dos fenômenos, se dá diante deste paradigma de relativizar e fragmentar os fenômenos numa esfera individual, apagando as contradições coletivas e os antagonismos de classe que geram os conflitos e estão na base dos fenômenos sociais estudados.

Portanto, essa tendência no campo da saúde coletiva de negação da determinação social dos processos desumanizadores e do processo saúde/doença, está intimamente atrelada ao paradigma da pós-modernidade, que realiza uma crítica ao positivismo biomédico, porém radicalizando a relativização da explicação do fenômeno a ponto de não considerar hierarquizações nas determinações de um fenômeno. De acordo com o materialismo histórico-dialético, a infraestrutura econômica da sociedade tem maior expressão na correlação de forças entre economia e política, determinando os aspectos políticos e macroestruturais da vida humana em sociedade.

A negação desta determinação social acarreta em relativização de causas dos fenômenos sociais, como a desumanização na saúde, fragmentando a realidade e individualizando as ações a ponto de perder de vista suas causas, a sua perspectiva coletiva e, com isso, a possibilidade de mudança. Barata-Moura (1997) afirma que estas visões distorcidas do humano e de sua realidade social conduzem a uma visão deturpada da história, e com isso, a um desentendimento quanto às possibilidades de intervenção social. Para o autor, embasado na teoria marxista, a passagem do

trabalho alienado ao trabalho que seja plena fonte de desenvolvimento humano requer experiências e transformações sociais em todos os níveis, dependendo de uma transformação radical do modo de produção e reprodução da vida humana. “Não é uma simples mudanças; é, na verdade, uma *revolução*.” (BARATA-MOURA, 1997, p. 200).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho, o objetivo de compreender o panorama do pensamento sobre humanização no Brasil, observando as potencialidades que oferece, bem como os limites que impõe, foi atingido. De acordo com os 3 grandes eixos temáticos que pudemos apreender a partir dos elementos humanizadores encontrados na produção acadêmica na saúde coletiva brasileira, os quais consistem em eixo relacional, organizacional e da ética pessoal, concluo que o enfoque relacional e organizacional trazido pela ampla maioria dos artigos traz contribuições importantes para o cuidado em saúde e para uma otimização do funcionamento diário dos serviços de saúde, permitindo reflexões aos trabalhadores, gestores e usuários sobre a necessidade de um trabalho pautado coletivamente pelo respeito ao outro ao lidar com as dificuldades cotidianas de produzir saúde no SUS. Porém, estas propostas de humanização estão muito aquém do necessário para que a desumanização na saúde pública brasileira seja sanada, pois o fruto da desumanização está no estranhamento produzido pela divisão técnica do trabalho dentro da sociedade de classes, bem como nas políticas neoliberais e na dinâmica de geração de mais valia através da exploração da força de trabalho no modo de produção capitalistas.

Com isso, foi possível observar que as ações humanizadoras, preconizadas por políticas públicas como a Política Nacional de Humanização, apesar de trazerem reflexões para o âmbito singular dos indivíduos, incluindo o eixo que concerne a questão da ética nos serviços, por outro lado, criam uma dificuldade de compreensão das causas gerais da desumanização na saúde, pois, ao individualizar a crítica e as ações, contribuem para que os trabalhadores mantenham o padrão de alienação em relação ao seu trabalho e à dinâmica da sociedade, fomentando a individualização da culpa e a não consciência sobre suas condições alienadas de existência.

Concluo também que, para um profundo entendimento da desumanização na saúde, para além de mudanças de atitudes individuais, são necessárias mudanças no âmbito macroestrutural da sociedade. Duas das categorias centrais para compreender o sucateamento e o mau funcionamento dos serviços de saúde são, por um lado, o subfinanciamento crônico do SUS, cujo início se dá já na criação deste modelo de saúde e que se agravou ao longo dos 30 anos de existência, fruto de políticas de Estado neoliberais, que tendem a esvaziar os serviços públicos e, através de parceria

público-privadas, fomentar os interesses dos capitalistas em detrimento dos interesses da classe trabalhadora, a qual é usuária, e trabalhadora e até mesmo gestora do SUS. Como demonstrado nesta dissertação, o SUS nunca, nestes 30 anos de história, recebeu a alocação de recursos adequada, conforme planejado pela Constituição de 1988, causando um déficit orçamentário crônico, que se agrava paulatinamente, e que origina muitos dos fenômenos desumanizados observados no atendimento em saúde. Desta forma, salários baixos, vínculos precários de trabalho, somados à insuficiência de funcionários e insuficiência de recursos tecnológicos disponíveis, tornam o trabalho em saúde vulnerável a práticas consideradas desumanizadas, pois os trabalhadores não se reconhecem em seu trabalho devido às limitações, que fazem com que as possibilidades que conseguem realizar no ato do trabalho estejam aquém das necessidades que planejavam executar. Além disso, os trabalhadores sofrem uma autotransformação ao realizar repetidamente o trabalho alienado, sendo este também uma faceta importante a alienação.

Por outro lado, outra questão central para compreender a desumanização é a reestruturação produtiva ocorrida após a crise do capital na década de 1970, a qual instaurou um novo modelo de acumulação de capital com característica flexível, chamado de toyotismo. Este modelo pautado pela flexibilidade no trabalho, acarreta sérios danos aos trabalhadores e aos usuários dos serviços, pois permite altas jornadas de trabalho, acúmulo de função no ambiente de trabalho, uma maior cobrança por produtividade, agravando o fenômeno da alienação por permitir um maior desgaste físico e mental do trabalhador, e também um atendimento que não atende as necessidades dos usuários. Este desgaste, somado ao aumento da divisão técnica do trabalho devido ao avanço tecnológico, faz com que o trabalhador seja uma peça na engrenagem do processo de trabalho, transformando a relação do trabalhador com o produto de seu trabalho em uma relação estranhada, que perde o sentido.

Desta forma, com estas características da exploração do trabalho no capitalismo contemporâneo, com características do regime de acumulação flexível, há a intensificação do fenômeno do estranhamento, ou alienação, no trabalho, com o trabalhador alienando-se em relação à natureza, aos demais seres humanos e a si mesmo. Expressões desses três aspectos são observados no trabalho em saúde, e

várias propostas de humanização surgem na tentativa de diminuir suas manifestações cotidianas.

Os principais autores utilizados como embasamento teórico e referência para a discussão de humanização nos artigos desta revisão foram os seguintes: Antonio Gramsci, Christophe Dejours, Félix Guattari, Friedrich Nietzsche, George Canguilhem, Gerd Bornheim, Gilles Deleuze, Hans-Georg Gadamer, Henri Lefebvre, Jürgen Habermas, Karl Marx, Michel Foucault, Paulo Freire, Pierre Bourdieu. Todos estes autores são da área das Ciências Humanas, indicando uma necessária aproximação da área médica com as humanidades para o entendimento de fenômenos de saúde, que são sociais. Não foi possível aprofundar o estudo destes autores nesta dissertação, porém esta é uma importante tarefa de estudos futuros: cotejar estas fontes de estudos de humanização, para aprimorar a compreensão sobre como estas bases filosóficas encontradas contribuem para a discussão da humanização dentro do campo da saúde coletiva.

Outras questões pertinentes surgiram durante esta dissertação, que possuem relevância e necessitam de estudos futuros. A primeira, diz respeito aos setores específicos da classe trabalhadora, que sofrem opressão adicional devido ao gênero, à raça, à orientação sexual e à identidade de gênero, por exemplo. Estas comunidades, apesar de partilharem da opressão de classe, possuem particularidades em relação ao sofrimento e dificuldades que enfrentam, as quais devem ser compreendidas e serem incorporadas nas pautas e lutas da saúde coletiva. Outra questão que necessita de futuros estudos é a relação de humanização e saúde complementar e suplementar, visto que todas as discussões se referiram ao SUS, não considerando que grande parcela da população brasileira faz uso de planos e seguros de saúde. Por que não há a discussão de desumanização nos serviços de saúde pagos? Por que a discussão tem se restringido apenas ao SUS?

Para humanizar a saúde e a sociedade, é preciso ir além, por um lado, de políticas públicas pontuais que tentam remediar a dura realidade de maneira fragmentada, e por outro lado, da negação da história, que nos faz perder a perspectiva dialética de que a realidade está em constante movimento, sendo, portanto, possível de sofrer mudanças. Estas mudanças necessárias estão para muito além do âmbito organizacional de um serviço de saúde, relacional do atendimento em

saúde ou ética dos trabalhadores e usuários. O papel da saúde coletiva, diante dessa necessidade de mudança, deve ser a de denúncia de situações críticas e de luta política – coletiva e organizada - pela desalienação da classe trabalhadora, seja ela representada por usuários ou por trabalhadores dos serviços de saúde.

É preciso que nós, humanos, nos organizemos para retomar o controle sobre nosso trabalho, nossa vida, nossas vontades e nossa história.

REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE, Guilherme S.C. *As determinações do capital sobre a formação do trabalhador em saúde: um estudo sobre reformulações curriculares em dois cursos de medicina do Paraná*. 2009. **Tese de doutorado**. Curitiba, UFPR.
2. ALBUQUERQUE, Guilherme S.C.; SILVA, Marcelo J.S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, V. 38, N. 103, P. 953-965, out-dez 2014
3. ALMEIDA, Cristiane A. L.; TANAKA, Oswaldo Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 1, p. 98-104, fev.2009.
4. ALMOULOUD, S.A.; ALENCAR, E. S.; A metodologia de pesquisa: metassíntese qualitativa. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 25, n. 3, p. 204-220, Set./Dez. 2017
- 5.
6. ANDRADE, Maria A. C.; ARTMANN, Elizabeth; TRINDADE, Zeidi A. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 1115-1124, 2011
7. AMORIN, S; NETO, S.; O que é um paradigma? **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, volume 45, número 2, 2011.
8. AROUCA, Antônio S. S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. **São Paulo: Editora UNESP**, 2003.
9. BALBI, Larissa; LINS, Liliane; MENEZES, Marta S. A Literatura como Estratégia para Reflexões sobre Humanismo e Ética no Curso Médico: um Estudo Qualitativo. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 41, n. 1, p. 152-161, jan. 2017 .
10. BARATA-MOURA, J. Materialismo e subjetividade: estudos em torno de Marx. **Lisboa: Editora Avante!**, 1997.
11. BARBOSA, Guilherme C.; MENEGUIM, Silmara; LIMA, Silvana A. M.; MORENO, Vania. **Rev Bras Enferm**, Brasília jan-fev; 66(1): 123-7. 2013 .

12. BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: **Editora Almedina Brasil**. 2016.
13. BARNETT-PAGE, E., THOMAS, J.. Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. **BMC Medical Research Methodology**, agosto-2009.
14. BARROS, José D. Sobre o uso de conceitos nas ciências humanas e sociais: uma contribuição ao ensino de metodologia. **Revista eletrônica de iniciação científica tecnológica e artística**, volume 1, número 2, agosto de 2011.
15. BARROS, José D. O conceito de alienação no jovem Marx. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 23, n. 1, 2011.
16. BATISTA, Luís E. et al . Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. **Saude soc.**, São Paulo , v. 25, n. 3, p. 689-702, Set-2016 .
17. BECK, Carmen L.C; LISBÔA R.L.; TAVARES J.P.; Silva R.M.; PRESTES, F.C. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2009 mar; 30(1):54-61.
18. BECK, Carmem L. C. et al. Os enfermeiros e a humanização dos serviços de saúde do município: um estudo exploratório. **Ciênc. cuid. saúde**; 8(2): 184-190, abr.-jun. 2009.
19. BELLENZANI, Renata; MENDES, Rubia F. Entre o empenho, o acolhimento e a impotência: dilemas de agentes comunitárias de saúde na produção do cuidado e da humanização. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 2, p. 239-253, 2012.
20. BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 9, n. 17, p. 389-394, ago. 2005
21. BERNARDES, Anita G.; GUARESCHI, Neuza. Estratégias de produção de si e a humanização no SUS. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 27, n. 3, p. 462-475, set. 2007 .

22. BESSA, Lucineide F.; MAMEDE, Marli V. Ação educativa: uma perspectiva para humanização do parto? **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 24, n. 1, 2, 3, p. 11-22, jan./dez. 2010
23. BISPO, Carina G. C. et al. Estratégias para humanização propostas pelos alunos do quarto ano do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá. **Rev Med Minas Gerais 2009; 19(4 Supl 2): S59-63**. 2009.
24. BORGES, Grasiela C. R.; NASCIMENTO, Edinalva N.; BORGES, Daniel M. Impacto da Política Nacional de Humanização na Estratégia Saúde da Família e na Rede de Saúde. **Distúrb Comun**, São Paulo, 30(1): 194-200, março, 2018
25. BOSI, M.L.M., MERCADO, J.F.; Pesquisa qualitativa de serviços de saúde; **São Paulo: Editora Vozes**. 2004.
26. BRASIL. HumanizaSUS: Documento base para gestores e Trabalhadores do SUS; 4ª edição; 2008. Acesso em 01/06/2019 pelo site: <http://redehumanizausus.net/wp-content/uploads/2017/09/HumanizaSUS-Documento-base-para-gestores-e-trabalhadores-do-SUS-Ministe%CC%81rio-da-Sau%CC%81de-Secretaria-de-Atenc%CC%A7a%CC%83o-a%CC%80-Sau%CC%81de-Nu%CC%81cleo-Te%CC%81cnico-da-Poli%CC%81tica-Nacional-de-Humanizac%CC%A7a%CC%83o.pdf>
27. BRASIL. HumanizaSUS: Documentos para discussão. DF. 2003. Acesso em 01/06/2019 pelo site: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>
28. BRASIL. HumanizaSUS: Gestão e formação nos processos de trabalho. DF. 2004. Acesso em 01/06/2019 pelo site: <http://redehumanizausus.net/wp-content/uploads/2017/09/Gesta%CC%83o-e-Formac%CC%A7a%CC%83o-nos-Processos-de-Trabalho-2004.pdf>
29. BRASIL. HumanizaSUS: Grupo de trabalho de humanização. DF. 2006. Acesso em 01/06/2019 pelo site: <http://redehumanizausus.net/wp-content/uploads/2017/09/Grupo-de-Trabalho-Humanizac%CC%A7a%CC%83o-2006.pdf>
30. BRASIL. Entendendo LRF. Acesso em 30/07/2019 pelo site: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/0/EntendendoLRF.pdf>
31. BREILH, J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. **Rio de Janeiro: Editora Fiocruz**, 2006.

32. CAMPOS, C.M.S; VIANA, N; SOARES, C.B. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, supl.1, p.82-91, 2015.
33. CAPILÉ, Camila S. et al. Enfermagem e humanização no cuidado à mulher durante o parto. **Rev Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.25 nº 2, 2011.
34. CARVALHO, Denis B.; SANTANA, Janaína M.; SANTANA, Vera M. Humanização e controle social: o psicólogo como ouvidor hospitalar. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 29, n. 1, p. 172-183, 2009.
35. CAUS, Eliz C. M. et al . O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 34-40, Mar. 2012 .
36. CAVAZOTTI, Maria Auxiliadora. Educação e conhecimento científico: inflexões pós-modernas. **Campinas: Editora Autores Associados**, 2010.
37. CECCIM, Ricardo B.; MERHY, Emerson E.. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, supl. 1, p. 531-542, 2009.
38. CELIN, Sorel H.; GOBBI, Flávia H. A.; LEMOS, Stela M. A. Fonoaudiologia e humanização: percepção de fonoaudiólogas de um hospital público. **Rev. CEFAC**, São Paulo , v. 14, n. 3, p. 516-527, jun. 2012 .
39. CHAVES, Patricia C.; NEHMY, Rosa M. Q. A experiência de implantação de diretrizes da política de humanização no Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte, **Rev Med Minas Gerais** 2009; 19(4 Supl 2): S42-46
40. COTTA, Rosângela M. M. et al . Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 171-179, jan. 2013
41. CRUZ, C.; RIBEIRO, U.; Metodologia Científica. **São Paulo: Editora Axcel Books**. 2004.
42. DEMO, P. Metodologia do conhecimento científico. **São Paulo: Atlas**, 2000
43. DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004 .

44. DESLANDES, Suely F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 615-626, set. 2005 .
45. DINIZ, Carmen S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 627-637, set. 2005.
46. DORICCI, Giovanna C.; GUANAES-LORENZI, Carla; PEREIRA, Maria J. B. Programa Articuladores da Atenção Básica: construindo humanização através do diálogo. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 4, p. 1271-1292, out. 2016 .
47. FALK, Maria L. R.; RAMOS, Márcia Z.; SALGUEIRO, Jennifer B. A rede como estratégia metodológica da Política Nacional de Humanização: a experiência de um hospital universitário. **Interface (Botucatu)**, v. 13, supl. 1, p. 709-717, 2009 .
48. FERREIRA, Laura R.; ARTMANN, Elizabeth. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 5, p. 1437-1450, maio 2018 .
49. FEUERWERKER, Laura C.M; MERHY, Emerson E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 24(3), 2008
50. FIGUEREDO, Wilton N. et al. Permanecer sus: a (re)formação em saúde sob a perspectiva do acolhimento e da humanização. **Rev Enferm UFSM**. Santa Maria. Jul./Set;5(3):465-475. 2015.
51. FIGUEIREDO, Juliana O. et al. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 2, p. 37-47, outubro/2018
52. FILIPPON, Jonathan; KANTORSKI, Luciane P. Humanização e loucura, em busca do humano que dialoga saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 659-680, jun. 2012 .
53. FRANÇA, Inacia S. X. et al.. Assistência de saúde humanizada: conquistas e desafios em Campina Grande-PB. **Rev RENE** 9(4): 15-23, out.-dez. 2008.

54. FRANCO, T. Alienação do trabalho: despertencimento social e desenraizamento em relação à natureza. **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 171-191, 2011.
55. GARCIA, Adir V. et al . O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 811-834, 2010.
56. GERHARD, T.E. Métodos de pesquisa. **Rio Grande do Sul, UFRGS**. Acesso em 30/07/2019. Disponível em:
<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>
57. GERMER, C. O método materialista de pesquisa em Marx e Engels. **Curitiba**, 2018.
58. GIBAUT, Mariana A. M.; MUSSI, Fernanda C. Políticas públicas para a família no contexto da saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 27, n. 3, p. 258-264, set./dez. 2013
59. GOMES, Doris; RAMOS, Flávia R. S. Subjetividade, ética e produtividade em saúde pós-reestruturação produtiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 8, p. 2591-2600, Aug. 2015 .
60. GOMES, R. M.; SCHRAIBER, L. B. A dialética da humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. **Interface**. Botucatu, v. 15, n. 37, p. 339-50, abr.-jun., 2011.
61. GOMES, R. M; “Humanização e Desumanização no trabalho em saúde”; **São Paulo: Editora Fiocruz**. 2017.
62. GONÇALVES, Ana V. F.; RAMOS, Márcia Z. Os diferentes modos de trabalhar e expressar a humanização no Hospital de Clínica de Porto Alegre. **Rev. méd. Minas Gerais**; 19(4,supl.2): 18-24, out.-dez.2009
63. JUNGES, José R. et al . A visão de moral dos profissionais de uma unidade básica de saúde e a humanização. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 755-764, Sept. 2011.
64. JUNGES, José R.; BARBIANI, Rosangela. Repensando a Humanização do Sistema Único de Saúde à luz das Redes de Atenção à Saúde. **Mundo saúde (Impr.)**; 36(3): 397-406, jul.- set. 2012.

65. LESSA, S. Alienação e estranhamento. In: MARX, K. Cadernos de Paris e Manuscritos Econômicos Filosóficos de 1844. **São Paulo: Editora Expressão Popular**, 2015.
66. LIMA, Carina C. et al . Humanidades e humanização em saúde: a literatura como elemento humanizador para graduandos da área da saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 18, n. 48, p. 139-150, 2014 .
67. LIMA, Juliana O. R. et al. Aprendendo o cuidado humanizado: a perspectiva do graduando de enfermagem. Maringá, **Cienc Cuid Saude** 2007 Jan/Mar;6(1):11-20.
68. LIMA, Rita C. D. SUS e as Teias de Diálogos (im)pertinentes para transformar a formação dos trabalhadores de saúde com vistas à humanização das práticas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 789-791, 2009.
69. LIMA, Thaís J. V. et al . Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 866-877, dez. 2010 .
70. LOPES, M. T. et al. Educar para humanizar: o papel transformador da educação permanente na humanização da atenção básica. **Rev Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, V25 2017.
71. LOPES, A. L. M.; FRACOLLI, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez.
72. LOPES, Thais R. G. et al. Humanização dos cuidados ao recém-nascido no método canguru: relato de experiência. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(11):4492-7, nov., 2017.
73. LÖWY, M. As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen: marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento. **São Paulo: Editora Cortez**, 1994.
74. LUKACS, G. Para uma ontologia do ser social. **São Paulo: Editora Boitempo**, 2012.
75. MARTINS, Catia P.; LUZIO, Cristina A. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.21, n.60, p.13-22, Mar. 2017
76. MARTINS, Josiane J. et al. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, Vol. 37, no . 1, 2008

77. MARTINS, Lucas A. Opinião de profissionais da saúde sobre a humanização no parto e nascimento e sua operacionalização. **Rev. enferm. UFPE on line**; 5(9): 2189-2196, nov. 2011.
78. MARX, K.; ENGELS, F. A ideologia Alemã. **São Paulo: Editora Boitempo**, 2015.
79. MARX, K. O capital: crítica da economia política: livro I. **Rio de Janeiro, Editora Civilização brasileira**, 2010.
80. MARX, K. O capital: crítica da economia política: livro II. **Rio de Janeiro, Editora Civilização brasileira**, 2010.
81. MATTOS, Elizabeth C. Cartografia dos diferentes sentidos do conceito de humanização presentes no entendimento dos gestores do HUAP-UFF e seus diversos efeitos nas suas práticas de saúde. **Dissertação de mestrado, UFF**, Rio de Janeiro. 2010.
82. MEDEIROS, Katia R.; ABUQUERQUE, Paulette C.; TAVARES, Ricardo A. W.; SOUZA, Wayner V. Lei de Responsabilidade Fiscal e as despesas com pessoal da saúde: uma análise da condição dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2017.
83. MELLO, B. L. D.; OLIVEIRA, A. R.; VANNUCHI, M. T. O.; HADDAD. M. do C. L.; CARDOSO, M. G. P. Humanização: nós abraçamos esta ideia. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umarama, v. 17, n. 3, p. 187-191, set./dez. 2013.
84. MENDES, Aquila. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. Centro de Estudos Estratégicos, Fiocruz, 2017. Acesso em 30/07/2019 pelo site: https://cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo_Aquilas_Mendes.pdf
85. MENDES, Aquilas; CARNUT, Leonardo. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública. **Saúde e Sociedade [online]**. 2018, v. 27, n. 4, p. 1105-1119.
86. MIRANDA, Fernanda S.; ROCHA, Dais G. O uso do Facebook na promoção da saúde: uma revisão bibliográfica sobre empoderamento e participação popular. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**. abr.-jun.;12(2): 232-43, 2018
87. MOIMAZ, Suzely A. S. et al . Avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde: uma abordagem à luz da

humanização. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 12, p. 3879-3887, dez. 2016 .

88. MORAIS, Jocasta M. O.; PAZ, Bruna S. N.; BEZERRA, Sabrina M. M. Parto humanizado sob a ótica de puérperas atendidas em uma maternidade pública. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(Supl. 11):4625-30, nov., 2017.

89. MORSCHEL, Aline; BARROS, Maria E. Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 23, n. 3, p. 928-941, Sept. 2014

90. MÜLLER, Cristine P.; ARAUJO, Vivian E.; BONILHA, Ana L. L. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. **Rev. eletrônica enferm**; 9(3): 858-865, set.-dez. 2007.

91. NEHMY, Rosa M. Q. et al. Uma experiência de extensão, iniciação científica e de formação humanista de estudantes de medicina: o projeto Abraçarte. **Rev Med Minas Gerais** 19(4 Supl 2): S64-70, 2009.

92. NEVES, Claudia A. B.; MASSARO, Altair. Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, supl. 1, p. 503-514, 2009.

93. NEVES, Claudia A. B. Que vida queremos afirmar na construção de uma política de humanização nas práticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)? **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, supl. 1, p. 781-795, 2009.

94. NORA, Carlise R. D.; JUNGES, José R. Humanization policy in primary health care: a systematic review. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, n. 6, p. 1186-1200, dez. 2013.

95. OLIVEIRA, José R. et al. Qualidade de assistência em um centro de atenção secundária em saúde. **Rev Soc Bras Clin Med**. out-dez;12(4):278-81. 2014.

96. ORTONA, Concília; FORTES, Paulo A. C. Jornalistas que escrevem sobre saúde conhecem a Humanização do Atendimento? **Saude soc.**, São Paulo , v. 21, n. 4, p. 909-915, Dec. 2012

97. OSMO, A; SCHRAIBER, L.B; O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo. 2015.

98. PARADA, Cristina M. G. L.; TONETE, Vera L. P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 35-46, Mar. 2008
99. PASCHE, Dário F.; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.11, p. 4541-4548, nov. 2011 .
100. PASCHE, Dário F. Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos. **Rev. méd. Minas Gerais; 19(4, supl.2): 33-41, out.-dez. 2009.**
101. PASCHE, Dário F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, supl. 1, p. 701-708, 2009 .
102. PEDROSO, Raquel T.; VIEIRA, Maria Edna Moura. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 695-700, 2009 .
103. PEKELMAN, R. et al. A arte de acolher através da visita da alegria. **Revista APS**. v. 12, n. 4, p. 510-516, out./dez. 2009.
104. PEREIRA, Adriana L. F. Atuação da enfermeira obstétrica na política pública de humanização ao parto no rio de janeiro. Belo Horizonte, **REME – Rev. Min. Enf.**; 10(3):233-239, jul./set., 2006
105. PEREIRA, Marta M. S. Fatores que interferem na humanização da assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **CuidArte, Enferm;** 6(2): 101-108, jul.-dez. 2012.
106. PEREIRA, Ricardo M. et al . Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 11, p. 3517-3524, nov. 2018 .
107. POLGLIANE, Rúbia B. S. et al . Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 7, p. 1999-2010, jul. 2014 .

108. PRATA J.A; PROGIANTI JM; DAVID, HSL. A reestruturação produtiva na área da saúde e da enfermagem obstétrica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2014 Out-Dez; 23(4): 1123-9.
109. PRATA, Juliana A.; PROGIANTI, Jane M.; PEREIRA, Adriana L. F. O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2012 jan/mar; 20(1):105-10
110. PROGIANTI, Jane M. HAUCK, Flávia T. A implantação do modelo humanizado ao parto na cidade de Juiz de Fora. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 21(3): 324-329, jul.-set. 2013.
111. QUEIROZ, Maria V. O. Cuidado de enfermagem à puérpera em uma unidade de internação obstétrica. **Rev. Baiana de Enfermagem**, Salvador, 18(1/2): 29-37, jan.-ago. 2003.
112. RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 759-768, 2009 .
113. RÊGO, Luciana P. et al. Assistência humanizada de enfermagem às pessoas doentes com tuberculose: revisão integrativa 2002 – 2012. Salvador, **Revista Baiana de Saúde Pública** 38(3)jul.-set. 2014.
114. RIOS, Izabel C.; BATTISTELLA, Linamara R. Gestão da humanização das práticas de saúde: o caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Saude soc.**, São Paulo , v. 22, n. 3, p. 853-865, Sept. 2013 .
115. RIZZOTTO, Maria L. F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 55, n. 2, p. 196-199, Feb. 2002 .
116. ROMANO, Valéria F. As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. **Saude soc.**, São Paulo , v. 17, n. 2, p. 211-219, jun. 2008 .
117. ROMERO, Norma S.; PEREIRA-SILVA, Nara L. O psicólogo no processo de intervenção da política nacional de humanização. **Psicol. Soc.**, Florianópolis , v. 23, n. 2, p. 332-339, ago. 2011
118. SAMPAIO, RF; MANCINI, M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos. 2007.

119. SANTOS, José L.G. et al. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto contexto enferm**, 2017; 26(3).
120. SATO, Mariana; AYRES, José R. C. M. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 19, n. 55, p. 1027-1038, dez. 2015.
121. SILVA, Livia K. M. et al . Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 3, p. 835-846, July 2017.
122. SILVA, Roberto C. L.; PORTO, Isaura S.; FIGUEIREDO, Nélia M. A. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.156-159, Mar. 2008 .
123. SILVA R.N., FREITAS F.D.S., ARAUJO F.P; FERREIRA, M.A. A policy analysis of teamwork as a proposal for healthcare humanization: implications for nursing. **International Nursing Review**. 63, 572-579, 2016.
124. SILVEIRA, Rodrigo E.; CONTIM, Divanice. Educação em saúde e prática humanizada da enfermagem em unidades de terapia intensiva: estudo bibliométrico. **J. res.: fundam. care**. online 2015. jan./mar. 7(1):2113-2122. 2015.
125. SOUSA, M. T; SILVA, M.D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer?, **Revista Einstein**, São Paulo, 2009.
126. SOUZA, Luiz A. P.; MENDES, Vera L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, supl. 1, p. 681-688, 2009
127. TURATO, Egberto R. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. **São Paulo, Editora Vozes**, 2003.
128. VARGENS, Octavio M. C.; SILVA, Alexandra C. V.; PROGIANTI, Jane M.. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, e20170015, 2017.
129. VEIGA, Noriza et al. Humanização e cuidado em saúde infantil: uma revisão sistemática da literatura. **REME rev. min. enferm**; 13(3): 435-443, jul.-set. 2009.

130. VERAS, Renata M.; TRAVERSO-YEPEZ, Martha A. O cotidiano institucional do Método Mãe Canguru na perspectiva dos profissionais de saúde. **Psicol. Soc.**, Florianópolis , v. 23, n. spe, p. 90-98, 2011
131. VERDI, Marta; FINKLER, Mirelle; MATIAS, Maria C. S. A dimensão ético-estético-política da Humanização do SUS: estudo avaliativo da formação de apoiadores de Santa Catarina (2012-2014). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 24, n. 3, p. 363-372, Sept. 2015 .
132. VIAPIANA, V. N.; GOMES, R.M; ALBUQUERQUE, G. S. C.; Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. Especial 4, p. 175-186, dez 2018.
133. VIAPIANA, V. N. A depressão na sociedade contemporânea: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Dissertação de mestrado**, UFPR, 2017.
134. ZANFOLIM, Leila C. et al. Comprehension of community healthcare agents on the National Humanization Policy. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 36, n. 3, p. 36-41, Sept. 2015 .

APÊNDICE 1 – COLETA DOS DADOS DOS ARTIGOS DA REVISÃO