



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADE E LETRAS.
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

GEIZA DA SILVA DE ARAÚJO

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH): relevância, contradições e expressões no município de Cruz das Almas - BA.

CACHOEIRA-BA
2018

GEIZA DA SILVA DE ARAÚJO

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH): relevância, contradições e expressões no município de Cruz das Almas – BA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Serviço Social, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sílvia de Oliveira Pereira

CACHOEIRA-BA
2018

GEIZA DA SILVA DE ARAÚJO

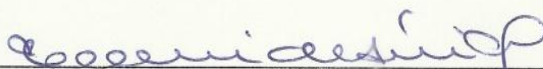
POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH): relevância, contradições e expressões no Município de Cruz das Almas - Bahia

Cachoeira – BA, aprovada em 06/09/2018.

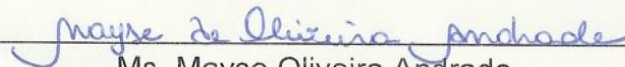
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª. Silvia de Oliveira Pereira
Presidente da Banca Examinadora



Prof. Dr.ª Heleni Duarte Dantas de Ávila
Membro da Banca Examinadora



Ms. Mayse Oliveira Andrade
Membro da Banca Examinadora

Florisvaldo Marques de Araújo (*In Memoriam*)

Elizangela da Silva de Araújo (*In Memoriam*)

Inspiração e força!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** por me proporcionar esse momento, por me transmitir força, foco e fé, por me acompanhar ao longo desses anos e por não me permitir desistir apesar das grandes dificuldades que surgiram ao longo do curso.

A minha **mãe**, minha GUERREIRA, **Antônia da Silva de Araújo**, a pessoa que mais me ensina a ser forte e a perseverar, que não dormia enquanto eu não chegava da aula à noite, que me ligava pra saber se eu tinha almoçado antes de ir pra aula. Obrigada por todo amor, carinho preocupação e dedicação, vou retribuir tudo que a senhora já fez por mim e continua fazendo, te amo muito.

A meu **pai Florivaldo Marques de Araújo (Vade)** (*in memoriam*), que sempre me apoiou em todas as minhas decisões e que sempre se orgulhou (das filhas) que tem, o senhor não está mais aqui fisicamente, mas ainda posso ouvir sua voz dizendo: *-O que eu tenho mais orgulho na minha vida, é a união das minhas filhas!*. Obrigada por me amar e por cuidar tão bem de mim, tudo que me ensinou, carregarei comigo por toda minha vida. Te amo além da vida.

A minhas irmãs:

Vanuza da Silva de Araújo (Nuze) por todo amor e cuidado que sempre teve comigo, sempre que eu me arrumava para ir a aula perguntava: *-Não vai almoçar não? Daqui a pouco começa a tremer, aí tu vai ver"* rs.

Elizangela da Silva de Araújo (Zane) (*in memoriam*), eu desconheço uma pessoa tão doce, meiga, amável, generosa e clemente quanto ela, por onde passou deixou uma palavra de amor, conforto e carinho, era a conselheira da família. Sempre perguntava se eu tinha dinheiro para ir á faculdade, se eu já tinha tema para o meu TCC, e se eu já sabia em que área iria fazer o mestrado, sem dúvida foi minha maior incentivadora durante minha trajetória acadêmica. Ane te amo muito e pra sempre, sei que você está comigo o tempo todo, eu sinto sua presença e isso é inexplicável.

Vanessa da Silva de Araújo (Nessa), amiga de todos, aquela que atrai todas as crianças pra sua casa, como não amar? Essa veio premiada com doses extra de amor, dedicação, cuidado e dotes culinários; que pensa no outro, pra depois pensar nela, que todos os dias manda uma mensagem perguntando se está tudo bem, que

dá aquela gargalhada nos momentos mais impróprios rs...minha borboleta, meu amor. Te amo!

Simone da Silva de Araújo (Mony), minha ruiva, meu exemplo de vida, sempre batalhou por aquilo que acredita e sempre conquista tudo que almeja. Obrigada por nos presentear com essa benção tão linda que Deus mandou para nos fortalecer ainda mais, tenho certeza que será uma mãe incrível. Te amo muito.

Eliana da Silva Barbosa (Liu), irmã, prima e amiga de todas as horas, sempre tão prestativa, carinhosa e compreensiva, sempre tem uma palavra de carinho para todas as horas, é a que fica acordada até tarde esperando chegar meia noite pra ser a primeira a desejar feliz aniversário rs. Te amo minha estrela.

Aos sobrinhos **Carlos Eduardo, Evellyn, Amanda, Andressa, Talita, Alice** e ao mais novo **Pacotinho de amor** (Laura ou Bernardo) que Deus mandou para nos ensinar que a vida é um ciclo e que precisamos seguir em frente, acreditando na renovação. Sou uma tia babona e extremamente feliz por ter os melhores sobrinhos do mundo, EU AMO VOCÊS!!!!.

Sou extremamente grata a minha orientadora **Drª Silvia Pereira**, pela disponibilidade, conhecimento passado e pela extrema dedicação para comigo e com todos os alunos em que se dispõe a orientar. Mais que uma professora, uma formadora de opiniões, amiga, conselheira e muitas vezes mãe. Silvia, obrigada por tudo, tenho certeza que se ao meu lado não tivesse uma orientadora como você eu não teria conseguido, amo você.

A professora **Drª Heleni Ávila** por aceitar o convite para integrar a banca e por suas contribuições para com este trabalho. Para mim é uma honra tê-la como membro examinadora, pelo exemplo de profissional, postura ética e compromisso para com a profissão. Sempre tão atenciosa e doce, é daquelas pessoas que quando a gente vê passar pelos portões do CAHL da vontade de correr para abraçar. A **Me. Mayse Andrade**, pela disponibilidade em compor a banca.

Agradeço a todos os mestres do curso que compartilharam seus conhecimentos em sala de aula e acompanharam a minha jornada enquanto universitária, em especial, a **Me. Marcia Clemente, Me. Elisangela Santos, Dr. Nelson Eugênio** e **Dr. Henrique Rozendo**.

Aos **profissionais desta Universidade** que atuam em diversos setores e que muitas vezes são invisibilizados, porém, são de extrema importância para o desempenho desta. Minha eterna gratidão por toda dedicação

Aos amigos:

Tiago Silva (meu best) pensei em escrever tanta coisa sobre você, mas nesse momento quase não consigo enxergar o teclado de tanta emoção. De tantas coisas boas que a universidade me trouxe, nada se compara a você. Sua amizade, seu amor, seu companheirismo e sua lealdade é de extrema importância em minha vida. Como não lembrar o dia da matrícula? 22/11/2013, esse foi o primeiro dia do resto dos nossos dias. Obrigado por estar ao meu lado em todas as circunstâncias, você é um presente de Deus em minha vida, te amo muito.

Daniele Gonzaga (Danny), minha eterna amiga de mais de uma década, aquela que eu não vejo todos os dias, mas que está comigo todas as horas. Obrigada por sua amizade e por seu amor, te amo. **Gizele oliveira** (Gi) minha -flor do lixão, que também carrega um pacotinho de amor na barriga. Obrigado por todo amor e por todo apoio, mesmo distante, te amo.

Geisa Santiago, a pessoa que mais me cobrou atenção durante o processo de construção do TCC rsrsr, obrigada por sua amizade, atenção, cuidada e por estar sempre disposta a ajudar, amo você. **Ana Lúcia**, pela amizade e por compreender minha ausência. **Joelson Santana**, meu amigo de décadas, sei o quanto você torce por mim, é um anjo que Deus colocou em minha vida, obrigada por tudo. **Sidnei Sacramento** por todo carinho, amor, apoio e incentivo durante o processo de construção deste trabalho. **Hallana Leoparda** por me fazer rir diversas vezes, quando eu estava triste. **Tassio** (Pêu), por todo apoio dado a minha família nos momentos de dor extrema. **Júlio César**, por me acolher, me amparar e me fazer entender que Deus sabe de todas as coisas e que no momento certo tudo dará certo. **Vinícius Leal** por todo apoio, incentivo e por sempre acreditar em mim.

Gleice Daiana, por todo carinho, e por ter me dado abrigo em sua casa nos primeiros semestres (risos). **Uelinton Fabiano** pela amizade e companheirismo, **Marcinha** por toda doçura e carinho, **Juliana Carmo** por sempre me acarinhar com suas palavras nos momentos certos. **Mariny**, por sua alegria contagiante. **Mariana Brandão** por ter o abraço mais acolhedor que conheço. **Jéssica, Deborah, Vanessa, Luane, Rogério, Rosana e Juliana Fonseca** por todo apoio durante a graduação. À minha **turma dos 10** anos em geral, por cada palavra de carinho e por me escolherem como -amiga da turmal, sou eternamente grata.

Aos primos/primas, em especial a, **Eliane Azevedo** (Ane),

Bruna Coelho, Edvaldo Barbosa (Edinho) e **Josenilton Barbosa** (Ito) Aos Tios/tias, em especial a **Maria da Silva Barbosa** (mãe), **Maria da Silva Coelho** (Mariinha), **Marinalva Azevedo** (Nanau), **Marivalda Velame** (Mare), **Valdomiro Barbosa** (Val), **Antônio Cavalcante** (Tote), e **José Velame** (Caravéa).

Ao meu padrinho e tio, **Manoel Marques**, que sempre me apoiou e incentivou a correr atrás dos meus sonhos.

A equipe de Serviço Social do **HRSAJ** por todo conhecimento passado, pelo acolhimento e por cada palavra de conforto e carinho.

Agradeço aos **moradores de Cruz das Almas**, participantes da pesquisa, que colaboraram a realização da pesquisa de campo, de forma espontânea. Seus relatos foram de extrema relevância.

Por fim sou grata a todas e todos que direta ou indiretamente contribuíram no meu processo de formação profissional e pessoal. Sigo com a certeza de que —gratidão é a memória do coraçãoll.

-Diga pra vida eu sou mais eu
Diga pro alvo aí vou eu
Flecha veloz nas mãos de Deus
Vá em frente o mundo é seull
(A Fé Faz o Herói – Jamilly)

Quando entrar setembro
E a boa nova andar nos campos
Quero ver brotar o perdão
Onde a gente plantou
Juntos outra vez
Já sonhamos juntos
Semeando as canções no vento
Quero ver crescer nossa voz
No que falta sonhar
Já choramos muito
Muitos se perderam no caminho
Mesmo assim não custa inventar
Uma nova canção
Que venha nos trazer
Sol de primavera
Abre as janelas do meu peito
A lição sabemos de cor
Só nos resta aprender

(Sol de Primavera/Beto Guedes)

ARAÚJO, Geiza da Silva de. **POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH):** relevância, contradições e expressões no município de Cruz das Almas – BA. 2018. 75p. Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – Centro de Artes, Humanidades e Letras, Cachoeira.

RESUMO

A necessidade de reafirmar os valores éticos-políticos-estéticos nas práticas cotidianas do SUS conduziu o Ministério da Saúde (MS) a aprovar em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), com o objetivo de propor formas para estimular a produção de novos modos de gerir o SUS. Este estudo tem como objetivo discutir o cuidado em saúde a partir da PNH, identificando o que essa política propõe de novo, discutindo as expressões, os cuidados e explorando contradições presentes no Sistema Único de Saúde – SUS. A pesquisa possui uma abordagem qualitativa de natureza descritiva e explanatória. Para a coleta de dados foram utilizadas duas fontes, um questionário online por meio do *Google Docs* e uma revisão bibliográfica por meio de artigos, livros e revistas, selecionados a partir das bases de dados: *Sciello*, *Lilacs* e *Datasus*, onde foram utilizados os descritores: humanização, política, cuidado e saúde. A bibliografia revisada aponta um grande caminho percorrido na história no processo de implantação das políticas públicas de saúde no Brasil, entre elas o SUS, que trouxe inúmeros benefícios para milhões de brasileiros, porém ainda carregada de falhas que transcendem na vida dos brasileiros, entre elas o atendimento de forma desumanizada; nesse cenário surge a PNH, com o intuito principal de reforçar os princípios voltados para o tratamento dos pacientes, fato esse contraditório, uma vez que se faz necessária uma política para reafirmar o sentido de ser humano e conduzir os profissionais da saúde a atender os pacientes de uma forma humanizada, quando isso já deveria ser feito sem precisar ser conferido. Apesar de entenderem a necessidade da PNH, os dados da pesquisa mostram que esta política não está tendo funcionalidade, pois a maioria dos participantes afirma não ter suas demandas atendidas de forma resolutiva e ainda são tratados de forma desrespeitosa. Isso já caracteriza violação de direito e ineficácia da PNH.

Palavras-chave: Política de saúde; Sistema Único de saúde; humanização.

ARAÚJO, Geiza da Silva de. **POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH):** contradições e expressões no município de Cruz das Almas – BA. 2018. 75p. Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – Centro de Artes Humanidades e Letras, Cachoeira.

ABSTRACT

The need to reaffirm ethical-political-aesthetic values in the daily practices of SUS led the Ministry of Health (MS) to approve the National Humanization Policy (PNH) in 2003, with the aim of proposing ways to stimulate the production of new modes to manage SUS. This study aims to discuss health care from the HNP, identifying what this policy proposed again, discussing the expressions, care and exploring contradictions present in the Unified Health System - SUS. The research has a qualitative approach of descriptive and explanatory nature. Two sources were used to collect data, an online questionnaire through Google Docs and a bibliographic review through articles, books and journals, selected from the databases: Scielo, Lilacs and Datasus, where descriptors were used : humanization, politics, care and health. The revised bibliography points to a great path taken in history in the process of implementing public health policies in Brazil, including the SUS, which has brought countless benefits to millions of Brazilians, but still fraught with failures that transcend the lives of Brazilians, among them service in a dehumanized way; In this scenario, the HNP arises, with the main purpose of reinforcing the principles aimed at the treatment of patients, a contradictory fact, since a policy is necessary to reaffirm the sense of being human and to lead health professionals to care for patients in a humanized way, when this should already be done without having to be checked. Although they understand the need for HNP, the research data show that this policy is not having functionality, since most participants affirm that their demands have not been met in a resolute way and are still treated in a disrespectful way. This already characterizes violation of the right and ineffectiveness of the HNP.

Health policy; Health Unic System; humanization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)	24
Figura 2: Expressões sobre humanização no município de Cruz das Almas-BA.....	58
Gráfico 01 - Escolaridade dos participantes	43
Gráfico 02 - cordialidade, respeito e resolução das demandas	44
Gráfico 03 - Concepção de saúde	45
Gráfico 04 - Acolhimento em relação às demandas do usuário	47
Gráfico 05 - Direito humano a ser garantido.....	50
Gráfico 06 - Violação de direitos	52
Gráfico 07 - Relevância da PNH	52
Gráfico 08 - Participação do usuário na melhoria da saúde	55
Tabela 01 – Administração pública	41
Tabela 02 – Entidades empresariais.....	41
Tabela 03 - Entidades empresariais que atendem pelo SUS.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABQV	Associação Brasileira de Qualidade de Vida
ACR	Acolhimento e Classificação de Risco
CAHL	Centro de Artes, Humanidades e Letras
CAP	Comunidade Ampliada de Pesquisa
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CECAF	Centro de Capacitação Funcional
CF	Constituição Federal
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTH	Câmara Técnica de Humanização
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
HRSAJ	Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MS	Ministério de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde

PFST	Programa de Formação em Saúde e Trabalho
PIB	Produto Interno Bruto
PNH	Política Nacional de Humanização
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUDS	Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. SAÚDE COMO DIREITO HUMANO	19
2.1. Saúde no Brasil: Movimento Pela Reforma Sanitária e Antecedentes.	20
2.2. Direito à Saúde: Princípios Doutrinários do SUS e Humanização	22
3. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO SUS	29
3.1. Relevância e Contradições	34
4. EXPRESSÕES SOBRE A HUMANIZAÇÃO EM CRUZ DAS ALMAS: A VOZ DO POVO	40
4.1. O município de Cruz das Almas - BA: Considerações históricas e indicadores de saúde	41
4.2. Perfil dos participantes da pesquisa de campo	43
4.3. Expressões sobre Política de Saúde e Humanização	45
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
APÊNDICE A – Convite divulgado nas redes sociais para participação da pesquisa.....	67
APÊNDICE B – Resposta enviada para as pessoas que responderam SIM para o convite.	68
APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados.....	69

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal aprovada em 1988, também denominada de Constituição Cidadã, assegurou para todo brasileiro um conjunto de direitos fundamentais – direitos sociais, individuais e políticos - os quais devem estar pautados em valores como dignidade, liberdade, solidariedade e igualdade, princípios éticos vinculados à concepção dos direitos humanos (BRASIL, 1988).

A formulação e o desenvolvimento de políticas públicas visam assegurar o alcance destes direitos e devam se fundamentar nestes valores, contudo —o avanço da agenda neoliberal, a partir da década de 90 fragilizou a implantação desses, (...), bem como desvirtuou seu significado para fortalecer os interesses privados (MATTOS, 2009).

Nessa conjuntura, está situada a Política Pública de Saúde adotada no Brasil que apesar de ter avançado após a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) vem enfrentando os resultados do avanço da agenda neoliberal desde a sua criação, além de lidar com as heranças do modelo privatista e assistencialista anterior ao SUS e, mais recentemente¹, com o desmonte dos direitos efetivados no campo da saúde.

Dentre os avanços representativos da política de saúde no Brasil a partir do SUS destacam-se a garantia formal do financiamento para as políticas, ampliação da rede de cobertura, programas, projetos e ações, criação de instâncias de negociação e participação dos atores, e um novo patamar de sociabilidade que traz o ideário da saúde como um direito vislumbrando o atendimento universal para todo cidadão brasileiro (BRASIL, 1990).

Contudo, ainda se tem uma visão limitada da saúde ancorada na perspectiva privatista, tal como demonstra Feuerwerker (2005, p. 491):

(...) o direito a saúde é traduzido como direito a consumir serviços médicos, procedimentos e medicamentos, já que existe uma

¹ (...) atual cenário de privatizações e transferências de responsabilidades do Estado para o setor privado, com gradativo recrudescimento das políticas públicas e desmonte do aparato estatal. Mas também está inserido no cenário da reforma gerencial, que previa transferir a oferta de serviços públicos para os provedores públicos não estatais, que passariam a receber recursos do Estado, com atuação regida por contrato de gestão. (CONTREIROS, 2015 p.287)

supervalorização da especialização, dos procedimentos e da incorporação da tecnologia a qualquer preço. Essa conjuntura no cotidiano dos serviços e unidades de saúde gerou nas práticas de saúde um processo denominado de desumanização da saúde.

Com isso, considera-se que as práticas desumanizadas, que podem ter características distintas, no sistema de saúde tiram dos cidadãos seus direitos humanos e fundamentais, assegurados a partir a CF de 1988. Entendendo a necessidade de reafirmar estes valores éticos-políticos-estéticos nas práticas cotidianas do SUS, o Ministério da Saúde (MS) aprovou a Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003, com o objetivo de propor formas para estimular a produção de novos modos de gerir o SUS. Entretanto, a própria existência de uma política de humanização provoca certo estranhamento já que a saúde é carregada de humanidade, caracterizada pelo dicionário Aurélio como: o conjunto dos homens; natureza humana; gênero humano; bondade; benevolência, compaixão (FERREIRA, 2008).

Diante disso, o presente Trabalho de Conclusão de Curso intitulado POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH): relevância, contradições e expressões no município de Cruz Das Almas-BA tem como objetivo discutir o cuidado em saúde a partir da PNH, identificando o que essa política propôs de novo, discutindo as expressões, os cuidados e explorando contradições presentes no Sistema Único de Saúde - SUS.

A motivação para a escolha dessa temática baseia-se a partir de observações e vivências pessoais enquanto usuária e acompanhante de outros usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), onde, por diversas vezes pude constatar as diferentes formas de acolhimento aos usuários, dentro e fora das unidades hospitalares, pelos profissionais da saúde e pude também observar o comportamento do usuário para com esses profissionais, e a partir dessa observação surgiram vários questionamentos a respeito da aplicabilidade desta política e do conhecimento da população sobre os seus direitos, que são garantidos pela CF de 1988. Esses questionamentos ganharam força após a minha integração no campo de estágio, realizado no setor do Serviço Social do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ).

A pesquisa possui natureza predominantemente qualitativa, a qual segundo Minayo (2003) trata-se de uma atividade da ciência, que visa à construção da realidade, mas que se preocupa com as ciências sociais em um nível de realidade

que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de crenças, valores, significados e outros construtos profundos. Além disso, o estudo é configurado como uma pesquisa descritiva de caráter explanatório. Segundo Barros e Lehfel'd (2007) a pesquisa descritiva se realiza a partir do estudo, análise, registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador. São exemplos de pesquisa descritiva as pesquisas mercadológicas e de opinião. A pesquisa explanatória, alguns autores definem como a fase em que se faz necessário a discussão e reflexão de um fenômeno que se contradiz em diversos aspectos e deve-se encontrar respostas para esses acontecimentos.

Para a produção de dados foram utilizadas duas fontes, sendo a primeira delas um questionário online, por meio do Google Docs, disponibilizado para o público através de convites via redes sociais - Facebook, Instagram e WhatsApp – respondidos por livre adesão das pessoas, respeitando os critérios e diretrizes estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A segunda fonte de coleta foi realizada através de uma revisão bibliográfica por meio de artigos, livros e revistas, selecionados a partir das bases de dados: Scielo, Lilacs e Datasus, onde foram utilizados os descritores: humanização, política, cuidado e saúde.

Como retorno para a população, a presente pesquisa será apresentada em sessão pública no Centro de Artes Humanidades e Letras (CAHL), da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), e posteriormente disponibilizada na biblioteca desta unidade. Também será elaborado um relatório final que será encaminhado à Secretaria de Saúde do município estudado, bem como disponibilizado aos participantes do estudo que demonstraram o interesse em receber os resultados.

Este trabalho está estruturado em três capítulos. O primeiro discute a saúde como um direito humano que é resultado de longos processos de construção de diferentes atores sociais. O segundo aborda a relevância desta política, o que ela propôs de novo e as suas contradições a partir da necessidade de existir uma política para que a população tenha seus direitos garantidos e seja tratado de forma humana. O terceiro capítulo faz uma análise dos dados colhidos através do questionário realizado no Google Docs e aplicado pelas redes sociais, buscando compreender as diversas expressões acerca do que a população da cidade de Cruz das Almas entende sobre humanização, —a voz dopovoll.

Entende-se que por ter utilizado as redes sociais do próprio participante, a pesquisa limita-se em grau de escolaridade, acesso a internet e redes sociais.

Esse trabalho pretende contribuir com o conhecimento da realidade na perspectiva do direito a saúde no município de Cruz das Almas e do conceito de humanização na saúde desconstruindo o conceito de humanização como sensibilidade afetiva e sim como garantia de direitos.

2. SAÚDE COMO DIREITO HUMANO

A conquista de direitos é resultado de longos processos de construção em que diferentes atores sociais buscam seus interesses e atendimento às suas necessidades objetivas. A conquista de direitos civis, políticos e sociais se combinam para mudar a história da sociedade brasileira e contaram com a participação de diferentes atores sociais na materialização de políticas sociais ao longo da história.

As políticas sociais no Brasil estão relacionadas diretamente com as condições econômicas, políticas e sociais do país. Segundo Faleiros (1991), essas políticas são vistas como mecanismos de manutenção da força de trabalho, em alguns momentos, em outros, como conquistas dos trabalhadores e ainda como instrumento de garantia do aumento da riqueza ou dos direitos do cidadão.

No tocante ao direito à saúde e a correspondente política de saúde no Brasil, de acordo com Dallari (2008), a mesma foi inicialmente considerada como direito social no Brasil através, principalmente, dos grandes movimentos populares em meio à redemocratização política no final dos anos 80 do século XX, os quais abriram as portas para a fixação das bases da estrutura constitucional da política de saúde pública no país. Contudo, a perspectiva da universalidade do direito e da democratização é recente e enfrenta profundas e relevantes contradições para a sua materialização.

Este capítulo tem como objetivo refletir e compreender a trajetória de luta pela democratização da saúde e seu reconhecimento como categoria de direito, e, por conseguinte a sua configuração como política social a partir de um contexto histórico sobre as manifestações e conquistas até a atualidade.

Parte-se do pressuposto de que a humanização da saúde e sua configuração como política no interior do Sistema Único de Saúde (SUS), tema deste trabalho, advêm contraditoriamente do reconhecimento da saúde como um direito e da sua violação constante seja por parte do Estado e seus agentes que mobilizados pelas pressões da economia do interior do capitalismo que contraria a lógica da equidade de direito.

Assim, o capítulo traz inicialmente elementos sobre a Reforma Sanitária e seus antecedentes para permitir a compreensão da construção da saúde como direito e em seguida aborda os princípios doutrinários do SUS e a humanização.

2.1. Saúde no Brasil: Movimento Pela Reforma Sanitária e Antecedentes.

O movimento pela Reforma Sanitária Brasileira foi surgindo através das manifestações e interesses de diferentes atores como, acadêmicos, profissionais da saúde, e movimentos sociais, que buscavam um sistema de saúde que atendesse de forma unificada, onde os processos decisórios acontecessem de forma democrática e todos os sujeitos tivessem voz ativa nas tomadas de decisões.

-Este movimento se refere ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças necessárias na área da saúde a fim de democratizar a saúde no Brasil (BRASIL, 2006). Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor da saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população, uma vez que, segundo Bravo (2006), contemplariam a universalização do acesso; o estabelecimento da saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor por meio do SUS com base na reorganização setorial sob a luz da saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o efetivo financiamento e o poder local democrático através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. O movimento sanitário teve maior destaque na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, no Brasil, contou com novos sujeitos sociais na discussão, desta forma, a população pode ter uma participação ativa nas decisões. -As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUSI (CONASS, 2009).

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (BARROS, 2004, p.8)

A primeira Conferência Nacional da Saúde que contou com a população, resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), foi de extrema importância para que a saúde entrasse na Constituição Brasileira de 1988, além da expansão do movimento da reforma sanitária.

Esse movimento social foi o primeiro com a participação popular e por isso ficou conhecido como movimento pela democratização da saúde. A necessidade da participação popular na realização do direito, segundo Dallari (2008), adequa a política pública de saúde aos princípios postos pela conceituação contemporânea de saúde, pois abarca aspectos de direito individual, coletivo e difuso, que só podem ser propriamente equacionadas através dessa participação popular no processo de sua definição. Essa conquista democrática deu maior importância para a opinião pública, a população passou a cobrar pelos seus direitos.

Defendeu-se a democratização da sociedade e do Estado com vistas à democratização da saúde, questionando Assistência Social patrocinada pelo liberalismo e admitindo aquele momento histórico como de significativa importância, pois, poderia -estabelecer, através da nova carta, um novo relacionamento entre Estado e sociedade civil no Brasil que faça avançar o processo de democratização (PAIM, 1987, p. 54).

Foi um movimento histórico e social que possibilitou grandes transformações na saúde brasileira que podem ser observadas na atualidade. O objetivo dessa reforma foi universalizar o direito à saúde e isso foi oficializado em 1988 com a Constituição Federal e a criação do SUS. Contudo, de acordo com Molesini (2011), a implantação dessa reforma se apresenta a partir de um processo instável e heterogêneo de segmentação e desarmonia, que não pode ser representada por uma imagem pronta e definida, de que, por resultar de um movimento social, ocorre de forma solidária e sem conflitos.

Antes do SUS, fruto dos movimentos de luta popular pela Reforma Sanitária, a saúde pública era limitada apenas a contribuintes da previdência social, desta forma, as donas de casa, trabalhadores informais e pessoas desempregadas não tinham direito a saúde pública e quando necessitavam de atendimento médico recorriam ao curandeirismo ou instituições filantrópicas.

Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor da saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua

correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, prevenção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionado chamar a Reforma Sanitária (BRASIL, Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986).

Segundo Ávila (2013), as pressões políticas e sociais continuam em todo país, no campo da saúde fomentam a organizações da política e dos serviços e a criação de órgãos, programas e projetos que deem conta do reordenamento da política de saúde (...). Ainda que a atenção à saúde não esteja funcionando da forma como deveria, devido à violação de direitos que ainda existe, mesmo após a constituição de 1988, é notável o grande avanço que tivemos na saúde após a luta dos movimentos sociais.

2.2. Direito à Saúde: Princípios Doutrinários do SUS e Humanização

A Organização Mundial De Saúde - OMS, (1948), define a saúde como -um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Trata-se de um conceito importante, porém frágil. O estado de satisfação plena do corpo e/ou espírito é relativo, pois, cada pessoa tem sua forma particular de sentir, e esse estado —completo de bem-estar físico e social na prática não existe. A saúde passou, então, a ser mais um valor da comunidade que do indivíduo, sendo caracterizada como um direito fundamental do ser humano, o qual deve ter garantia sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição socioeconômica (GOUVEIA, 1960). Desta forma, a saúde é um bem coletivo, onde cada um desfruta individualmente sem interferência externa.

(...) A saúde é um recurso para a vida diária, e não um objetivo de vida; é um conceito positivo, enfatizando recursos sociais pessoais, tanto quanto as aptidões físicas. É um estado caracterizado pela integridade anatômica, fisiológica e psicológica; pela capacidade de desempenhar pessoalmente funções familiares, profissionais e sociais; pela habilidade para tratar com tensões físicas, biológicas, psicológicas ou sociais com um sentimento de bem-estar e livre do risco de doença ou morte extemporânea. É um estado de equilíbrio entre os seres humanos e o meio físico, biológico e social, compatível com plena atividade funcional" (MENDES, 2013 p. 138).

A saúde não é apenas a ausência de doença, ela precisa ser entendida também, como um conjunto de aspectos em que se observam o estado físico,

mental e social do indivíduo e comunidade. Com isso, observa-se, então, o reconhecimento da essencialidade do equilíbrio interno e do homem com o ambiente (bem-estar físico, mental e social) para a conceituação da saúde (DALLARI, 1998, p. 58).

Em síntese, a saúde tem três dimensões: estado vital, setor produtivo e área do saber. Diante delas, entende-se que o modo pelo qual as sociedades identificam problemas e necessidades de saúde, busca a sua explicação e se organizam para enfrenta-los sobre influências econômicas, políticas e culturais. Assim cada sociedade organiza o seu sistema de saúde de acordo com as suas crenças e valores, sob a influência de determinantes sociais (PAIM, 1987, p.12).

Não se pode entender ou transformar a situação de saúde de um indivíduo ou de uma comunidade sem levar em conta o meio físico, social e cultural político em que estão inseridos.

A saúde, a partir de então, é direito de todo cidadão brasileiro constituído em cidadania, e dever do Estado. Seu exercício deve ser atenuado através de políticas públicas, sociais e econômicas que minimizem os danos oriundos do processo da saúde. Assim, a concepção de saúde deve ser reproduzida para além da ausência de doença, mas relacionada a determinantes/ condicionantes culturais, econômicos, de bem-estar, de habitação, etc. (SILVA, 2012 p.29).

O direito à saúde foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária no Brasil, que refletiu na criação do SUS, pela Constituição Federal de 1988, cujo artigo 196 dispõe que —A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário (...) (BRASIL, 1988). Desta forma, o direito à saúde não se limita apenas a atendimento hospitalar ou em Unidades Básicas de Saúde (UBS) o direito à saúde está também na qualidade de vida, associados a outros direitos básicos, como educação, cultura, saneamento básico, e segurança, o SUS passou a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços que de saúde.

De acordo com Santos (2018, p. 22) a saúde é impactada no decorrer da vida pelas características do contexto social, que conseqüentemente geram desigualdades nas exposições e vulnerabilidades. Nessa perspectiva, existe um grande movimento que impulsiona as políticas de saúde que discorrem os Determinantes Sociais Da Saúde (DSS).

Criada no Brasil em 13 de março de 2006, por meio de um decreto presidencial, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), formada por um grupo interdisciplinar de atores sociais, possui o intuito de promover, em âmbito nacional, uma tomada de consciência sobre sua importância para a saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades por eles geradas (CNDSS, 2008 apud. SANTOS, 2018 p.22)

Definir saúde como um fenômeno social é o resultado de um longo processo histórico. Conforme o mesmo autor, para compreender os DSS, deve-se ter a noção das condições gerais socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, e relacionam-se com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também as redes sociais e comunitárias (SANTOS, 2018).

Com a ampliação sobre os DSS criaram-se diversos modelos que procuram relacionar o cenário das desigualdades, iniquidades sociais e dos resultados na saúde. Entre estes modelos, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) aderiu pelo de Dahlgren e Whitehead (1991), pela facilidade de compreensão, singularidade e clara visualização gráfica dos diversos DSS.

O modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) (figura 01) mostra como as relações hierárquicas acontecem entres os diversos determinantes da saúde, incluindo os DSS em diferentes setores, desde o mais próximo dos determinantes individuais até um setor secundário.



Figura 1: Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).

Fonte: (CNDSS, 2008 apud SANTOS, 2018 p. 23)

A ideia do SUS não é simplesmente disponibilizar postos de saúde e hospitais para que as pessoas possam ter acesso quando necessitarem, a proposta do SUS é criar mecanismos através de medidas preventivas, identificar possíveis problemas e conhecer a realidade de cada família ou comunidade a partir disso fazer os devidos encaminhamentos das pessoas para as unidades de saúde pública quando necessário.

O SUS tem como princípios fundamentais a integralidade dos seus serviços, igualdade das ações, equidade, participação e controle social. Teoricamente falando é um grande avanço na saúde pública, porém quando se fala em funcionalidade ainda existem grandes deficiências, desta forma, Pasche (2009, p. 704) diz que há um SUS que dá certo e há problemas e contradições que precisam ser enfrentados

O parágrafo único do Art. 198 determina que: -o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Esta questão é de extrema importância, pois, em todo debate sobre o financiamento do SUS, a ênfase é na participação da União, como se esta fosse a única responsável. Um dos fatores determinantes deste entendimento foi, provavelmente, o papel do INAMPS no início do SUS (SOUZA, 2002, p 14).

Como já foi citado anteriormente, o SUS começou a ser implantado por meio de uma estratégia que buscou dar caráter universal à cobertura das ações de saúde, até então proporcionada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) apenas para os seus beneficiários. Hoje o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o único que garante assistência integral e completamente gratuita e universal.

Ao longo dos anos, o SUS vem passando por importantes mudanças, e isso é resultado do movimento sanitário que continua buscando melhorias na saúde, entre as quais se destaca, segundo Junior e Silva (2004) o avanço significativo que foi alcançado na sua universalização, deixando de ser uma atribuição exclusiva da esfera federal para estadual e municipal. Desta forma, o financiamento do SUS passou a ser uma responsabilidade comum dos três níveis de governos.

Segundo Paim (1987 p. 5) Os princípios são aspectos que valorizamos nas relações, a maioria derivadas da moral, da ética, da filosofia, da política e do direito. São valores que orientam os nossos pensamentos e as nossas ações.

Vale ressaltar a importância de priorizar as ações preventivas como mecanismo de promoção a saúde e não apenas a cura de doenças, como acontecia antigamente. Sem dúvida, a prevenção é a melhor forma de promover a saúde.

Segundo o princípio da universalidade:

A saúde é um direito de todos e é um dever do Poder Público a provisão de serviços e de ações que lhe garanta. A universalização, todavia, não quer dizer somente a garantia imediata de acesso às ações e aos serviços de saúde. A universalização, diferentemente, coloca o desafio de oferta desses serviços e ações de saúde a todos que deles necessitem, todavia, enfatizando as ações preventivas e reduzindo o tratamento de agravos (BRASIL, 2006).

Todos têm direito a usar o sistema de saúde de forma igualitária, seja como forma de prevenção ou para meios curativos, de alta ou baixa complexidade.

Da integralidade:

Esse princípio é um dos mais preciosos em termos de demonstrar que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda que minoritários em relação ao total da população. Ou seja, a cada qual de acordo com suas necessidades, inclusive no que pertine aos níveis de complexidade diferenciados. Colocá-lo em prática é um desafio permanente e dinâmico (BRASIL, 2006).

O atendimento integral busca atender o indivíduo como um todo, o paciente não deve ser atendido apenas por aquela especificidade, ele tem que ser visto como um todo, e esse princípio assegura isso. Uma das preocupações centrais para a consecução do princípio da integralidade está na necessidade da humanização dos serviços prestados e das ações realizadas no âmbito do SUS (BRASIL, 2000, p. 31). O princípio da equidade tem relação direta com os conceitos de igualdade e justiça, priorizando o atendimento de acordo com a necessidade de cada indivíduo.

Na esteira dos dois princípios apontados acima, vem a necessidade de se reduzir as disparidades sociais e regionais existentes em nosso país. O princípio da equidade reafirma que essa necessidade deve dar-se também por meio das ações e dos serviços de saúde. Ainda são grandes as disparidades regionais e sociais do Brasil. No entanto, há uma sinergia e uma série de externalidades positivas geradas a partir da melhora das condições de saúde da população o

que faz concluir que de fato a saúde é fundamental na busca de uma maior equidade (BRASIL, 2006).

O objetivo da equidade é diminuir desigualdades. Mesmo sabendo que todas as pessoas possuírem os mesmos direitos aos serviços, sabe-se que as pessoas não são iguais, desta forma, possuem necessidades diferentes. De acordo com Bravo (2006), o avanço do SUS como política social sofreu prejuízos por algumas questões, sendo a principal delas: o desrespeito ao princípio da equidade na destinação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais, além do afastamento do princípio da integralidade.

Nesse sentido, é preciso entender os princípios do SUS porque eles vão nortear todas as ações e os serviços de saúde; a questão política, administrativa e técnica da implantação efetiva dos serviços de saúde. É necessário seguir os princípios para que haja humanização no atendimento, e quando se fala em humanizar, não é apenas as unidades hospitalares, é criar meios de promover a saúde da população, evitando a superlotação nas unidades de saúde, que resulta na demora do atendimento causando estresse podendo até desenvolver outras doenças.

O SUS funciona, mas precisa ser melhorado e respeitado com base nos seus princípios, mas que está sendo alvo de constantes ameaças por interferência dos interesses de mercado contrários a perspectiva do direito à saúde, que tem desqualificado o caráter universal e público visando o seu desmonte. Neste sentido, vivencia-se no SUS a universalização excludente, a mercantilização dos serviços e privatização da atenção à saúde tal como afirma Correia (2011). Quando o Estado, em seu processo político de tomada de decisão, por ação ou omissão, deixa de exercer suas funções, ele abre caminhos para a iniciativa privada, transformando a saúde pública em mercadoria. Com isso, de acordo com Miranda (2014), torna-se essencial a cobrança aos gestores por parte da sociedade, no sentido de garantir a concretização dos avanços alcançados através das pactuações e até mesmo em assuntos relacionados ao financiamento da saúde. Segundo a autora:

Um dos principais desafios do SUS é superar os -víciosll que afetam a tradição política da sociedade brasileira, tais -víciosll são caracterizados pelo: clientelismo político, nepotismo, descontinuidade de projetos sociais em função da rotatividade existente no âmbito dos governos com a troca de cargos, centralização excessiva. Esses -víciosll interferem negativamente em qualquer processo de gestão e conseqüentemente de atenção à saúde (MIRANDA, 2014, p. 84).

Com a imoralidade e a pressa, características de quem não possui compromisso nenhum com o povo Brasileiro, o então presidente da República, Michel Temer, escancara o projeto neoliberal, sem nenhuma responsabilidade com os direitos sociais garantidos pela CF de 1988.

Com a Medida Provisória (MP) 727, reinstitui o processo de desestatização da economia, visando entregar as empresas estatais que interessam ao capital privado. Medidas emblemáticas de um governo sem compromisso social: Estado mínimo submetido aos interesses de mercado, utilizando-se da crise econômica para justificar o desmonte do Estado social, por programas de austeridade para solução da crise, reduzindo os direitos sociais conquistados na Constituição democrática (MAZZA, 2016, p.7).

São medidas que diminuem a responsabilidade e a participação do Estado na execução das políticas sociais resultando na quebra de direitos. É um verdadeiro retrocesso do movimento sanitarista, os movimentos sociais, acadêmicos e profissionais da saúde, juntamente com toda a população brasileira precisam se manifestar contra esse governo golpista em defesa de um sistema público, universal, integral e equânime.

3. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO SUS

A humanização da saúde é atualmente utilizada como uma forma de integrar as relações da saúde, buscando melhorar o atendimento, tornando o ambiente acolhedor resolutivo. Apesar da extensa produção científica sobre o tema e o desenvolvimento de políticas públicas (...) ainda permanece confuso o conceito relativo à humanização da saúde e a determinação de sua aplicabilidade dentro da área. De acordo com Deslandes (2005, p. 389):

Mais do que um conjunto de princípios idealistas para nortear as práticas em saúde dentro do sistema assistencial do país, o termo Humanização pressupõe uma conjuntura complexa de posturas e atividades que compreendem algumas modificações no setor saúde, que persistem, ainda em dias atuais, com um modelo de atenção biomédico, com frágeis relações entre usuários e equipe de saúde e a precarização do acesso aos serviços.

Segundo Casate e Corrêa (2005, p. 110), a humanização abarca amplas questões -que vão desde a operacionalização de um processo político de saúde calcado em valores como a cidadania, o compromisso social e a saúde (...) e passando pela revisão das práticas de gestão (2005, p. 110).

Está definido no documento Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS que a PNH procura —aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS no cuidado à saúde e implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004, p. 07).

A necessidade de humanizar os serviços de saúde ganhou enfoque em alguns textos das décadas de 50, 60 e 70, sendo esses serviços especificamente hospitalares, atribuindo uma relação destes com a organização do serviço em termos de investimento na sua estrutura física. Esses textos também consideraram a arquitetura, o mobiliário e os equipamentos como elementos fundamentais no preparo do ambiente hospitalar humano (GELAIN, 1968).

Mas foi na década de 1980 que se marcou o início dos avanços na construção de um novo modelo de saúde, através da formulação do Capítulo Constitucional dedicado à saúde, regulamentado na década de 1990 pelas Leis Federais nº 8.080 e 8.142 – o Sistema de Saúde tornou-se unificado com distinção do setor estatal do setor privado (BRASIL, 2011). A partir disso, uma série de

desafios e obstáculos surgiram no âmbito da formulação das políticas de saúde, com isso, foi necessária a elaboração de estratégias dedicadas a superação de tais dificuldades.

Nesse sentido, as reflexões sobre humanização tornaram-se realmente presentes a partir da 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que aconteceu no ano de 1992, onde a humanização é citada pautando as diretrizes na garantia do acesso ao serviço à informação e a todos os recursos tecnológicos necessários para a defesa da vida. O tema também fez parte da 11ª CNS, a qual ocorreu no ano de 2000, cujo tema foi: Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social, onde a humanização foi discutida com maiores profundidades, gerando como resultado o documento Efetivação da Acessibilidade e Humanização da Atenção à Saúde no SUS, demonstrando a inserção da humanização nas discussões para implantação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002).

Nesse cenário, foi implantado em 2001 pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, e transformado no ano de 2003 em política, com o nome de PNH, para atuar de forma transversal as demais políticas de saúde, a fim de impactá-las e interferir na qualificação da atenção e gestão do SUS (BRASIL, 2006).

Na seção do trabalho desenvolvido por Miranda (2014) que analisou a visão dos Formuladores sobre o Processo de Implantação e Desenvolvimento da PNH no Sistema de Saúde Brasileiro, foi evidenciado pelos formuladores que não há portaria para esta política, uma vez que sua proposta considera um caráter transversal e público, de forma a não amarrar a mesma aos procedimentos da –máquina do Estado, visando uma maior autonomia com o objetivo de concretizar as propostas do SUS (MIRANDA, 2014). Um deles destaca:

É, a Política Nacional de Humanização ela não tem uma Portaria, foi uma decisão política nossa, mas, exatamente porque a gente quer a PNH como uma política pública e não só como uma política de Governo, a gente não quer que ela se reduza ou se restrinja a esses procedimentos que são próprios da máquina de Estado. Para fazer com que a política sempre saia na direção das práticas concretas do SUS, a gente usou como uma das estratégias não defini-la a partir de uma Portaria. Ela só existe na Portaria das outras políticas. Então, na verdade, os incentivos do SUS no Ministério da Saúde, no que diz respeito à humanização, eles aparecem a partir das portarias que regulam as outras políticas, aonde freqüentemente a Humanização

consta como uma diretriz (FORMULADOR 3) (MIRANDA, 2014, p. 282).

A política visa pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, promovendo mudanças nos modos de gerir e cuidar, estimulando o diálogo e interação entre gestores, trabalhadores e usuários para estabelecer processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que em muitas ocasiões causam atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2013).

É a transversalidade na PNH que amplia a comunicação entre os atores desta política transformando o atendimento e trazendo o entendimento de que a forma de acolher está diretamente ligada ao modelo de gestão.

A observância dos princípios na concepção do método viabilizou a inserção dos trabalhadores, gestores e usuários. A isso se denominou Método da Tríplice Inclusão, porque propõe a inclusão de todos os atores, sujeitos da produção de saúde e alteração nos modos de gestão dos serviços, para aumentar o grau de comunicação, afirmar a inseparabilidade entre atenção e gestão e a corresponsabilização dos autores e atores desse processo como um caminho viável em construção atualmente (BRASIL, 2008).

O método tríplice refere-se à integração dos três atores que é à base dos princípios desta política, e desta forma qualificar o atendimento nas unidades de saúde. A Humanização em saúde pública diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços de saúde, mostrando necessidade de construir novas relações entre usuário e profissionais da área, pontuando a relevância da gestão hospitalar para que haja funcionalidade desta política. Pode-se dizer com toda certeza que a PNH é uma política transversal porque ela perpassa todas as outras políticas do SUS, ela vem ao longo do tempo, sendo complementada no decorrer do tempo, todas as outras políticas que nascem após a PNH, trazem um pouco dela.

Podemos dizer que é uma política que materializa os princípios do SUS e propõe mudanças no processo de trabalho, aproximando os trabalhadores da saúde e usuários tornando mais fácil a comunicação entre os atores desta política. De acordo com Miranda (2014), a PNH se apresenta como uma vertente orgânica do SUS, comprometida com uma série de pactuações, negociações e enfrentemos no sentido de garantir a defesa do direito a saúde.

Portanto, a PNH está direcionada ao modo de gestão e atenção, tendo como principal objetivo, humanizar o atendimento na saúde e o modo de gestão, e para isso, ela possui princípios, diretrizes e dispositivos que modificam o processo de trabalho.

A transversalidade se apresenta como um dos princípios fundamentais no processo de humanização, pois busca a inserção da PNH em todas as políticas e programas do SUS, reconhecendo que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido, transformando o ambiente hospitalar e produzindo saúde de forma mais corresponsável (BRASIL, 2013).

Outro princípio importante é a indissociabilidade entre atenção e gestão, pois, sabendo que as decisões relacionadas à gestão interferem de forma direta na atenção à saúde, os trabalhadores e usuários devem buscar conhecer o funcionamento da gestão dos serviços e da rede de saúde, participando de forma ativa do processo de tomada de decisões nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva, ao mesmo tempo em que, o cuidado e a assistência em saúde não se limitem apenas a equipe de saúde, mas o usuário e sua rede social familiar também devem se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo uma posição principal nos cuidados com a sua saúde e de seus familiares (BRASIL, 2013).

O protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos se constituem também como princípio essencial na humanização, pois mudanças na gestão e atenção se tornam mais concretas quando construídas a partir da ampliação da autonomia e vontade dos sujeitos envolvidos, que compartilham responsabilidades. O SUS humanizado reconhece cada sujeito como legítima cidadã de direitos, valorizando e incentivando sua atuação na produção da saúde. Dessa forma, os usuários não são só pacientes e os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças ocorrem com o reconhecimento do papel de cada um (BRASIL, 2013).

No campo da atenção, têm-se como diretrizes centrais: o acolhimento, a gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários. As diretrizes, nessa política, se caracterizam como orientações gerais sobre os métodos de inclusão.

O acolhimento consiste em reconhecer a legitimidade e a singularidade das necessidades de saúde do outro, comparecendo e sustentando a relação entre equipes/serviços e usuários/populações, sendo construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho, objetivando a construção de vínculos de confiança e compromisso entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (OLIVEIRA, 2014).

De acordo com Rios (2009), a humanização na relação trabalhador, gestor e usuário, é fundamentada no respeito e na valorização da pessoa humana, conduzida por uma construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços.

A gestão participativa e cogestão como diretriz, expressa tanto a inclusão de novas pessoas nas técnicas de análise e decisão quanto na ampliação das atividades de gestão, isso se faz através de, por exemplo, a organização e experimentação de rodas com intuito de colocar as diferenças em contato de forma a desenvolver processos de desestabilização que favoreçam mudanças nas formas de gerir e atender. A ambiência permite o estímulo de espaços saudáveis e confortáveis que proporcionem mudanças nos processos de trabalho e sejam lugares de encontros entre pessoas, e pode ser feito, por exemplo, através do compartilhamento de projetos arquitetônicos, reformas e uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuário e trabalhadores de cada serviço (OLIVEIRA, 2014).

Outra diretriz importante constitui a clínica ampliada e compartilhada, a qual vai além de um atendimento realizado por um profissional de saúde, ou seja, as pessoas são vistas de forma ampliada, não se limitando às expressões das doenças as quais são portadoras, mas considerando aspectos emocionais, afetivos e particulares como um todo, utilizando recursos que promovam a melhoria dos diagnósticos e a qualificação do diálogo, de forma a possibilitar decisões compartilhadas, com compromissos com autonomia e saúde dos usuários do SUS. A valorização do trabalhador também se caracteriza como uma ferramenta essencial nos processos de humanização dentro do SUS, pois é imprescindível dar confiança a experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisões (BRASIL, 2013).

O movimento de defesa dos direitos dos usuários também merece atenção, uma vez que os usuários de saúde possuem uma série de direitos assegurando por lei, sendo essencial a disseminação desses direitos entre os usuários pelos serviços

de saúde, para assegurar o cumprimento desses direitos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta (BRASIL, 2013).

A PNH ainda destaca dispositivos para a atualização das suas diretrizes em arranjos de processos de trabalho, utilizados nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando a promoção de mudanças nos modelos de atenção e gestão (BRASIL, 2010, p. 39), são eles:

- Acolhimento e Classificação de Risco (ACR)
- Colegiado Gestor
- Contrato de Gestão
- Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial
- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH)
- Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP)
- Projeto memória do SUS que dá certo
- Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde Coletiva
- Projetos co-geridos de ambiência
- 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 a acompanhante

Com isso, é possível perceber que existem uma série de princípios, diretrizes e dispositivos que contemplam o desenvolvimento de ações no sentido de implementar a humanização em todos os setores da saúde

3.1. Relevância e Contradições

Anterior a PNH, o termo –atendimento humanizado‖ era associado à sensibilidade afetiva, a PNH desmistificou esse conceito, surgindo com o objetivo de alterar o modelo de atenção e o processo de trabalho, criando dispositivos para sua aplicabilidade. Conhecendo o contexto histórico da saúde no Brasil e entendendo as grandes falhas no sistema de saúde brasileiro, em especial nas formas de atenção para com os pacientes, surge a PNH, com o propósito de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil, promovendo o fortalecimento da humanização como política transversal na rede e afirmando a dissociabilidade do modelo de atenção e de gestão (BRASIL, 2008). É uma política

que reafirma os princípios doutrinários do SUS, e com isso prioriza e valoriza as práticas de gestão.

Nessa perspectiva, a PNH defende o reposicionamento dos sujeitos, valorizando o protagonismo dos mesmos, a potência coletiva e importância da construção de redes de cuidados compartilhados, favorecendo o reconhecimento dos direitos dos sujeitos envolvidos, sejam estes usuários ou trabalhadores, potencializando a autonomia dos mesmos em uma configuração coletiva dos processos de atenção e gestão (PASCHE; PASSOS, 2008).

Contudo, vale ressaltar que, ao falar em humanização, é necessário considerar uma série de fatores, como participação, direito e qualidade dos serviços, em especial as condições para operar dentro do sistema de saúde um atendimento qualificado, que passa por recursos humanos e materiais. A ausência destas condições inviabiliza o sucesso que se espera na implementação de uma política que visa à humanização. A PNH trata-se quase de uma declaração de princípios, mas que não se concretiza efetivamente, pois as condições dificultam o estabelecimento do processo, uma vez que dispõe de baixo aporte de recursos, além de questões voltadas para a contra-reforma do estado e demais problemas e situações nos quais o SUS está inserido, e que definem a produção da saúde e de seus sujeitos (CONCEIÇÃO, 2009).

De acordo com Miranda (2014), em meio ao intenso movimento político-ideológico neoliberal das reformas, os princípios e diretrizes do SUS estavam localizados na contracorrente do processo de Reforma do Estado. Com isso, para ampliar a realização e qualidade dos serviços de saúde são necessárias uma série de reformulações no sentido de gerar novos desafios e perspectivas, diante da necessidade de oferecer soluções e respostas aos grandes problemas que afetam a saúde pública brasileira.

Silva (2012) destaca que a PNH, hoje, não é mais um programa de governo, e sim, uma política pública que, enquanto transversal ultrapassa as fronteiras do SUS, implicando na consolidação e/ou reafirmação daquilo que propõe e constitucionaliza este sistema.

De acordo com Morchal e Barros (2014. p. 930):

O que temos, então, por um lado, é uma política de humanização como o ofertamento de um instrumental composto por princípios, método, diretrizes e dispositivos, o qual acreditamos potente para

disparar movimentos de construção da política pública de saúde brasileira. Por outro, circulam e se misturam vários sentidos, -políticas de humanização se fazendo no cotidiano, produzindo práticas diversas que, inclusive, podem estar em descompasso com o próprio ideário da PNH. Pensamos que observar esse paradoxo e realizar essas críticas é pertinente e se faz não como quem desacredita nessa política, mas, ao contrário, para que o movimento na qual ela é pensada possa ter continuidade. Assim, pensamos que, mais do que afirmar o nome de uma política, o importante é fortalecer os movimentos inventivos de expansão da vida que se dão no cotidiano. Ressaltamos, então, a importância de tomar essas críticas como analisadores institucionais que nos permitam pensar o que, sob o signo da PNH, se movimenta ou se paralisa.

Se a PNH surgiu com o objetivo de consolidar os princípios norteadores e fundantes do SUS, os quais são: integralidade, universalidade e equidade, entende-se que os princípios do sistema de saúde não estavam sendo efetivados e isso caracteriza violação de direitos. Foi necessário criar-se uma política de humanização dentro do sistema para que o usuário seja atendido de forma humanizada, desta forma a PNH surgiu porque se constatou violação de direitos na política de saúde. Em outras palavras, é humanizar o que estava desumano e isso caracteriza a PNH como uma política contraditória a CF de 1988.

Da mesma forma que a constitucionalidade do SUS não garante por si só a efetivação de seus princípios, a estruturação de uma política de humanização também não é suficiente por si mesma. Se o SUS estivesse garantido por sua base legal, a própria PNH, nessa proposta, seria desnecessária, visto que seu maior objetivo é o de concretização do próprio SUS. Com isso entende-se que a PNH só existe nos documentos que a especificam e, ainda assim, —há de se observar o quanto mesmo dessa política —escrital se modifica através de reformulações requisitadas e produzidas no cotidiano do fazer-saúde (MORCHAL; BARROS, 2014, p. 930).

É sabido que a PNH almeja a valorização do cotidiano dos serviços de saúde, onde o processo de trabalho se apresenta como peça fundamental para a efetivação dessa política, a qual não depende de normas, protocolos ou burocracias, mas sim, do empenho dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, com isso, é necessário que se altere a organização dos processos de trabalho, para que a partir disso, sejam aperfeiçoados os modos de prestar assistência à população (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Em análise documental feita por Conceição (2009 p. 212), sobre as contradições presentes na PNH e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde, a autora ressalta que a valorização da dimensão subjetiva se apresenta como um dos princípios mais trabalhados, de acordo com a bibliografia selecionada pela autora, sendo esta valorização aliada a -integração da co-responsabilização e estímulo aos processos de grupalidade como dimensões importantes para o alcance de práticas comprometidas com a atenção e gestão na saúde, contudo, ao invés de encontrar nos documentos estratégias para atingir tais objetivos, o discurso encontrado se mostra mistificador da subjetividade, escondendo em sua maior parte uma individualização das queixas e dos encaminhamentos, que a -identificação coletiva das problemáticas vivenciadas cotidianamente e que tenham como horizonte a luta por direitos já assegurados.

A autora ainda destaca um trecho encontrado no documento Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS:

Num momento em que o país assume clara direção em prol de políticas comprometidas com a melhoria das condições de vida da população, as políticas de saúde devem contribuir realizando sua tarefa primária de produção de saúde e de sujeitos, de modo sintonizado com o combate à fome, à miséria social e na luta pela garantia dos princípios éticos no trato com a vida humana (BRASIL, 2004. p. 09).

De acordo com sua análise quanto ao trecho, à situação política e social do país adota uma posição muito positiva, o que não se traduz na realidade. De fato, as falhas encontradas nos setores políticos e sociais, nesse contexto, são inúmeras.

O autor ainda ressalta que os profissionais da saúde também têm destacado uma série de limitações no SUS, tanto em relação às condições de trabalho, como a remuneração insuficiente e planos de carreiras e salários que não existem, o que leva à precarização, exploração e desvalorização do trabalho, quanto em relação a maneira com a qual o processo de trabalho é organizado, em geral propensos à desapropriação dos trabalhadores quanto as decisões.

Essa carência de recursos financeiros por parte do poder público para melhorar a estrutura física e material dos serviços se configuram como um dos principais desafios no processo de humanização. É necessário valorizar as experiências que são desenvolvidas no cotidiano do trabalho em saúde, as quais

possuem força de transformação e de reinvenção dos serviços e práticas. Nesse sentido, para que haja a busca coletiva dos sujeitos envolvidos por um sistema de saúde humanizado, é necessário que sejam valorizados e aperfeiçoados os processos de padrão organizacionais e de gestão do trabalho em saúde, os quais, muitas vezes, verticaliza e hierarquiza os discursos, tornando a comunicação limitada (PASCHÉ; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Segundo Campos (2005), o processo de humanização no SUS depende do aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada, de sua expansão para cada distrito, serviço e para as interações cotidianas. Além disso, envolve também outros procedimentos voltados para o aumento do poder do doente ou da população em geral em relação ao poder e a autoridade do saber e das práticas sanitárias, estimulando a presença de acompanhantes durante os processos de tratamento, bem como transformar, em função dos direitos dos usuários, as regras de funcionamento de hospitais e outros serviços. Estratégias voltadas para a prevenção do abuso de poder são essenciais à humanização.

Nesse sentido, o autor ainda ressalta que a predominância de saídas jurídicas, *pos factum*, é um sintoma da perversidade de instituições e das normas vigentes. Nessa perspectiva, a humanização significa mudanças das estruturas, da forma de trabalhar e também das pessoas. É necessária uma reforma da tradição médica e epidemiológica, para que haja humanização da clínica e da saúde pública (CAMPOS, 2005, p. 399). Ainda segundo o autor:

Uma reforma que consiga combinar a objetivação científica do processo saúde/doença/intervenção com novos modos de operar decorrentes da incorporação do sujeito e de sua história desde o momento do diagnóstico até o da intervenção. O trabalho em saúde se humaniza quando busca combinar a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade da vida para sujeitos concretos. Não há como realizar esta síntese sem o concurso ativo dos usuários, não há saber técnico que realize por si só este tipo de integração. A humanização depende ainda de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso. A reforma da atenção no sentido de facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários, bem como no de explicitar com clareza a responsabilidade sanitária são instrumentos poderosos para mudança (CAMPOS, 2005, p. 400).

Portanto, nesse sentido, é possível perceber que existe uma série de desafios voltados para a efetivação da PNH, um destes se apresenta na implementação do trabalho interdisciplinar, além do respeito que deve ser valorizado e mantido entre os profissionais da equipe, como também o reconhecimento de que o trabalho de cada

um depende do outro, formando uma rede conectada que exige sinergia para seu bom funcionamento. Não basta apenas saber o que é a ação, mas sim agir, no sentido de disseminar as propostas da PNH e com isso provocar mudanças (MORAIS, 2016).

Ao poder público cabe o papel de melhorar as condições de vida e garantir a qualidade de saúde da coletividade, considerando que a humanização perpassa por cada pessoa e as responsabilidades que lhes cabem na promoção da saúde (BRASIL, 2006). A promoção e humanização da saúde são processos longos, dinâmicos e pertinentes a cada contexto. As pessoas se sentem seguras em um ambiente conhecido, muitas vezes chamado de *zona de conforto*, e por isso, resistem à mudança, sejam elas pessoais sociais e/ou institucionais (NOGUEIRA-MARTINS; BOGUS, 2004).

4. EXPRESSÕES SOBRE A HUMANIZAÇÃO EM CRUZ DAS ALMAS: A VOZ DO POVO.

Em função do objetivo de identificar as expressões sobre humanização no município de Cruz das Almas, este capítulo destina-se a apresentação e discussão dos resultados da pesquisa de campo e algumas considerações históricas sobre a cidade de origem da pesquisa.

Como critério de participação, era necessário que a pessoa fosse morador de Cruz das Almas e maior de idade. A participação foi de livre e voluntária adesão.

A coleta de dados teve início no dia 18/07/2018 e foi encerrada no dia 31/07/2018, através do formulário online do Google Docs. Realizou-se o convite através das redes sociais - facebook, instagram e whatsapp – e posterior a aceitação do convite foi enviado um link para cada participante ter acesso a pesquisa e enviar suas respectivas respostas. Com a divulgação feita na rede do pesquisador e dos seus amigos obtive um total de 104 (cento e quatro) formulários respondidos, 07 (sete) desses foram descartados por não se encaixarem no perfil da pesquisa, ou seja, por não se declararem moradores de Cruz das Almas. Finalizando com 97 (noventa e sete) formulários aptos para à análise.

A escolha dessas ferramentas para convite e coleta de dados, se deu pela possibilidade de grande alcance e custo zero (a pesquisa não teve financiamento) e pela praticidade. O envio dos convites pelo whatsapp se mostrou bem mais eficaz no sentido da velocidade da resposta do que as demais ferramentas.

Esta modalidade de convite e respostas tem como vantagens o baixo custo e o longo alcance e como desvantagem, entende-se que por ter utilizado as redes sociais do próprio participante, a pesquisa limita-se em grau de escolaridade, acesso a internet e redes sociais, e não tem como garantir que a pessoa realmente é moradora deste município.

Esse trabalho pretende contribuir com o conhecimento da realidade na perspectiva do direito a saúde no município de Cruz das Almas e do conceito de humanização na saúde desconstruindo o conceito de humanização como sensibilidade afetiva e sim como garantia de direitos.

4.1. O município de Cruz das Almas - BA: Considerações históricas e indicadores de saúde.

A cidade de Cruz das Almas surgiu, no século XVII, a partir da movimentação de tropeiros que durante suas andanças paravam no local para orar pelas almas dos entes queridos e fincavam cruzes no ponto alto da cidade. De acordo com Santana (1997, p. 25), tropeiros vindos do sertão com destino a São Félix e Cachoeira, e que no local paravam para descansar e orar pelas almas, nas suas idas e vindas transportando mercadorias.

De acordo com Borges (2014), ao longo do tempo as pessoas atraídas pelo solo fértil começaram a povoar o território e se dedicaram ao plantio de cana de açúcar. Porém Cruz das Almas pertencia ao município de São Félix, somente em 1897 teve sua emancipação política.

Graças aos esforços de filhos seus, tendo à frente o Senador Temístocles da Rocha Passos e Manoel Caetano Passos, -o Velho, e contando com a colaboração do deputado Dr. José Joaquim de Almeida, em 29 de julho de 1897, foi sancionada pelo governador do Estado da Bahia, o Conselheiro Luiz Viana, a Lei Estadual nº 119, que alcançava o distrito de Cruz das Almas à categoria de Vila e Município, com território desmembrado de São Félix. (SANTANA, 1997, p. 26)

Com base no Ministério de Desenvolvimento Social (MDS), Cruz das Almas está localizada na Região do Recôncavo Sul no Estado da Bahia, é a segunda cidade mais importante do Recôncavo Sul. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta que em 2009 o Produto Interno Bruto (PIB) era de R\$ 387,3 milhões e a estrutura setorial estava distribuída dessa forma: 4,4% agricultura, impostos 9,6%, indústria 11,8%, serviços 74,2%. Há a participação expressiva de serviços e comércio que é a principal forma de economia do município.

Segundo o censo de 2010 do IBGE, a população do município de Cruz das Almas era de 58.608 habitantes, dos quais 6.842 encontravam-se em situação de extrema pobreza, ou seja, com renda domiciliar per capita abaixo de R\$ 70,00. Isto significa que 11,7% da população municipal viviam nesta situação.

A escolha deste município se deu por ser a segunda maior cidade de recôncavo baiano e a cidade que tem o terceiro maior polo do SUS do recôncavo baiano, e dá suporte a outras cidades da região.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) a cidade de Cruz das Almas possui 93 (noventa e três) equipamentos de saúde, destes, 37 (trinta e sete) na administração pública 50 (cinquenta) entidades empresariais e 06 (seis) que atendem público e privado.

São estes:

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	
01	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
01	VIGILÂNCIA EM SAÚDE
03	UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
01	ACADEMIA DA SAÚDE
02	FARMÁCIA
01	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H UPA
01	CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO
13	USF- UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
01	HOSPITAL MUNICIPAL
08	POSTO DE SAÚDE
02	SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA BÁSICO
01	CAPS - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 1
01	CENTRAL MUNICIPAL DE REGULAÇÃO
01	AMBULATÓRIO MUNICIPAL

Tabela 01: Administração Pública

Fonte: DATASUS-CNES. Acessado em 22/08/2018. Adaptado pela autora.

Qtd	ENTIDADES EMPRESARIAIS
12	LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
01	CECAF- CENTRO DE CAPACITACAO FUNCIONAL
20	CLÍNICA MÉDICA
05	CLÍNICA ODONTOLÓGICA
01	HOSPITAL
06	CLÍNICA DE FISIOTERAPIA
01	CLÍNICA DE PSICOLOGIA
02	CLÍNICA OFTALMOLÓGICA
01	CLÍNICA DE SERVIÇOS ANESTÉSICOS E CIRURGIAS
01	UNIDADE DE SAÚDE OCUPACIONAL

Tabela 02: Entidades empresariais

Fonte: DATASUS-CNES. Acessado em 22/08/2018. Adaptado pela autora

Qtd	ENTIDADES EMPRESARIAIS QUE ATENDEM TAMBÉM PELO SUS
02	LABORATÓRIO DE ANÁLISE CLÍNICA
03	CLÍNICA MÉDICA
01	CLÍNICA OFTALMOLÓGICA

Tabela 03: Entidades empresariais que atendem pelo SUS

Fonte: DATASUS-CNES. Acessado em 22/08/2018. Adaptado pela autora

O diálogo e a cooperação entre estes dois sistemas regulatórios parece ainda necessitar de um grande esforço para aumentar a harmonização e a cooperação entre ambos, enquanto isto não ocorre, profissionais e estabelecimentos atuando no setor público e privado, são submetidos a dois modelos regulatórios insuficientemente articulados entre si para a prestação dos mesmos serviços de saúde.

4.2. Perfil dos participantes da pesquisa de campo

A pesquisa de campo resultou num total de 97 (cinquenta) respondentes. Ao analisar os dados obtidos, percebe-se que a maioria dos participantes é do sexo feminino. Sendo 68% (66) mulheres e 32% (31) homens.

Apesar da ampla e atual discussão a respeito da saúde do homem e a masculinidade na área da saúde, segundo Gomes (2017), —ainda há uma insuficiência de estudos sobre o empenho masculino voltado para o estilo de vida saudável e a promoção da saúde. Para que essa discussão avance, é importante dar voz aos próprios homens para melhor compreender as questões envolvidas no seu acesso aos serviços de saúde.

Com relação à cor/raça, 42,3% (41) dos participantes se descreveram como negras 36,1% (35) pardas, 3,1% (3), amarelas 17,5% (17) afirmaram ser brancas, e 1% (1) afirma ser indígena. Essa configuração não difere muito da composição de declaração de cor/raça dos brasileiros, conforme o IBGE.

A Pesquisa mostra que 34% (33) dos respondentes estão entre a faixa etária de 18 a 25 anos, 30,9% (30), de 31 a 40 anos, 15,5% (15) de 40 a 50 anos, 13,4% (13) de 26 a 30 anos, 3,1% (3) de 51 a 60 anos e 3,1% (3) 60 anos ou mais.

Esse percentual se dar pela metodologia desta pesquisa, entendendo que os jovens são maioria nas redes sociais.

O gráfico a seguir mostra o grau de escolaridade dos participantes.

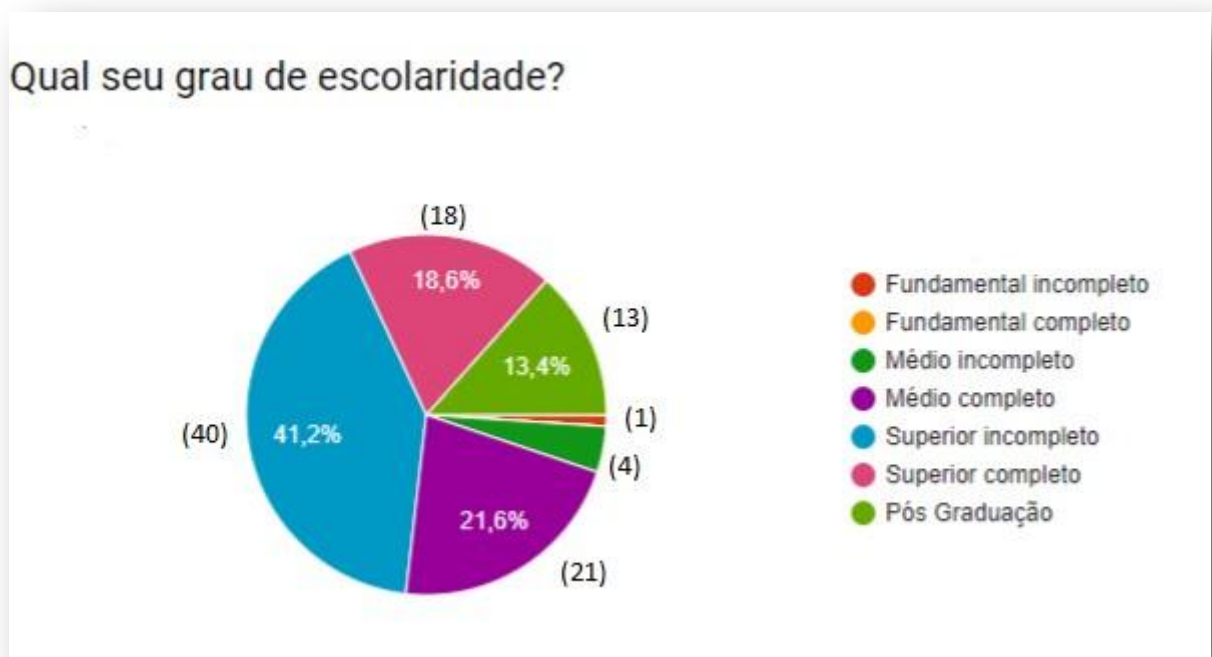


Gráfico 01 - Escolaridade dos participantes

Fonte: Produção própria deste estudo, 2018.

Pode-se perceber que a maioria dos respondentes estão realizando algum curso de graduação, podendo ser bacharelado, licenciatura ou tecnológico. O nível de escolaridade é um dado relevante, visto que a universidade é um espaço onde os discentes recebem as informações e orientações durante a trajetória acadêmica.

Quando perguntado sobre a ocupação, a maioria dos respondentes são estudantes e empregados do setor público e privado; 24,7% (24) estudantes, 22,7% (22) empregado do setor público, 22,7% (22) setor privado, 19,6% (16) autônomos (a) / liberais, 7,2% (7) desempregados, 2,1% (2) pensionista ou aposentado (a) e 1% (1) do lar. Logo após perguntou-se qual era a renda mensal dos participantes, Dentre as respostas, 32% (31) recebem de dois a três salários mínimo, 23,7% (23)

recebe um salário mínimo, 9,3% (9) menos de um salário mínimo, 8,2% (8) de quatro a cinco salários mínimos e 3,1% (3) acima de cinco salários mínimos.

4.3. Expressões sobre Política de Saúde e Humanização.

Esta pesquisa tem como objetivo discutir o cuidado em saúde, a partir da Política Nacional de Humanização (PNH) e compreender o que a população Cruzalmense entende sobre humanização no Sistema Único de Saúde (SUS).

Quando perguntado sobre a situação mais comum que a pessoas já vivenciou na saúde, quanto à cordialidade, respeito e resolução das demandas. “Ser atendido (a) de forma desrespeitosa, forado horario, mas teve sua demand atendida”, foi a situação que teve maior incidência dentre as opções.

Das opções a seguir, cite a situação mais comum que você já vivenciou na saúde, quanto a cordialidade, respeito e resolução das demandas.

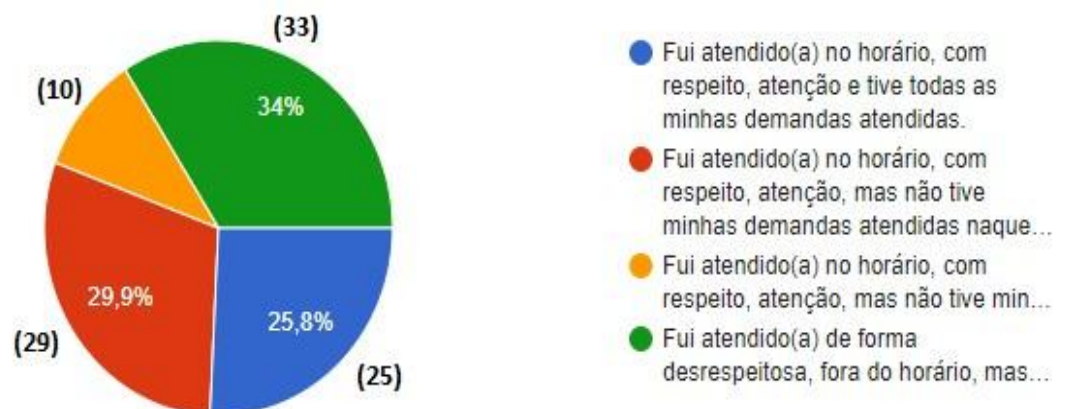


Gráfico 02 - cordialidade, respeito e resolução das demandas

Fonte: Produção própria deste estudo, 2018.

De acordo com CAMPOS (2007), é notável a existência, ainda como marca importante da política pública de saúde, uma série de problemas e contradições, os quais deixam claros os sinais visíveis de crise na saúde. Pasche (2009), diz que tal crise é vivenciada pela sociedade como um todo e por usuários em particular, no descaso com o atendimento, os tratamentos interrompidos, filas intermináveis,

pagamentos por fora, entre outros problemas, os quais muitas vezes ganham a adjetivação de desumanização do atendimento. O usuário não quer apenas ter sua demanda atendida, ele quer ser atendido com respeito e cordialidade. Humanizar o processo de trabalho é valorizar o usuário é oportunizar uma maior autonomia, para ampliar a capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

O gráfico a seguir refere-se à concepção de saúde. 47,4% (46) disseram que saúde é ter bons hábitos de vida. A OMS define saúde como um estado de completo, bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidades. Trata-se de um conceito importante, porém frágil. O estado de satisfação plena do corpo e/ou espírito é relativo, pois, cada pessoa tem sua forma particular de sentir, e esse estado completo de bem-estar físico e social na prática não existe. A saúde passou, então, a ser mais um valor da comunidade que do indivíduo, sendo caracterizada como um direito fundamental do ser humano, o qual deve ter garantia sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição socioeconômica (GOUVEIA, 1960). Desta forma, a saúde é um bem coletivo, onde cada um desfruta individualmente sem interferência externa.

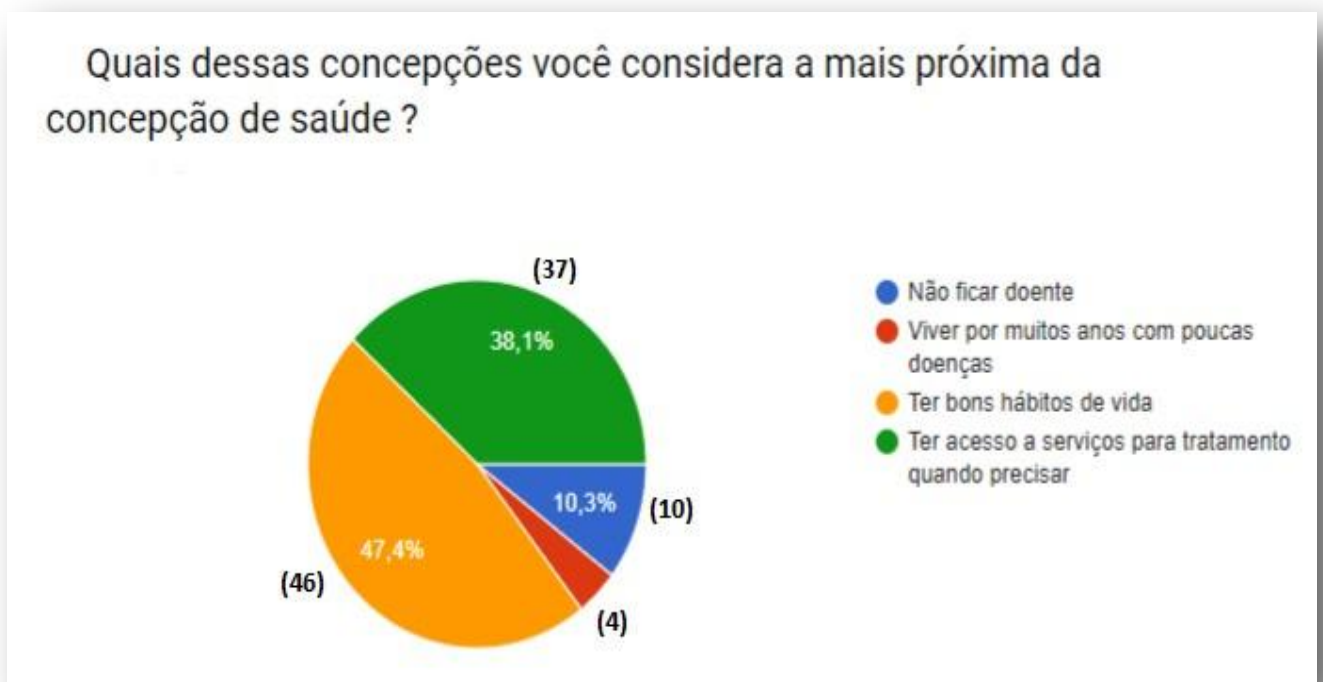


Gráfico 03 - Concepção de saúde.

Fonte: Produção própria deste estudo, 2018

Ter bons hábitos de vida pode ser caracterizado como um processo de produção de saúde. Segundo cálculos da Associação Brasileira de Qualidade de Vida (ABQV), 53% da saúde, depende do estilo de vida, 20% do ambiente em que a pessoa vive, 12% da herança genética e apenas 10% de cuidados médicos.

Como mostra o gráfico, 38,1% (38) responderam que saúde é ter acesso a serviços para tratamento quando precisar. Podemos considerar essa hipótese como uma variável de promoção a saúde, a partir do momento que a pessoa sabe que existe esse acesso a serviços de saúde e está disponível, causa um estado (não completo) de bem-estar mental e social, que acaba por promover a saúde do indivíduo.

A saúde, a partir de então, é direito de todo cidadão brasileiro constituído em cidadania, e dever do Estado. Seu exercício deve ser atenuado através de políticas públicas, sociais e econômicas que minimizem os danos oriundos do processo da saúde. Assim, a concepção de saúde deve ser reproduzida para além da ausência de doença, mas relacionada a determinantes/ condicionantes culturais, econômicos, de bem-estar, de habitação, etc. (SILVA, 2012 p.29).

Não se pode entender a concepção de saúde de um indivíduo ou de uma comunidade sem levar em conta o meio físico, social e cultural político em que estão inseridos.

A Humanização em saúde pública diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços de saúde, mostrando necessidade de construir novas relações entre usuário e profissionais da área, pontuando a relevância da gestão hospitalar para que haja funcionalidade desta política. Como mostra o gráfico a seguir, 42,3% (41) dos respondentes constataram que foram melhor acolhidos pelos enfermeiros.

Quanto aos profissionais de saúde, qual você considera que tem ou teve o melhor acolhimento em relação as suas demandas?

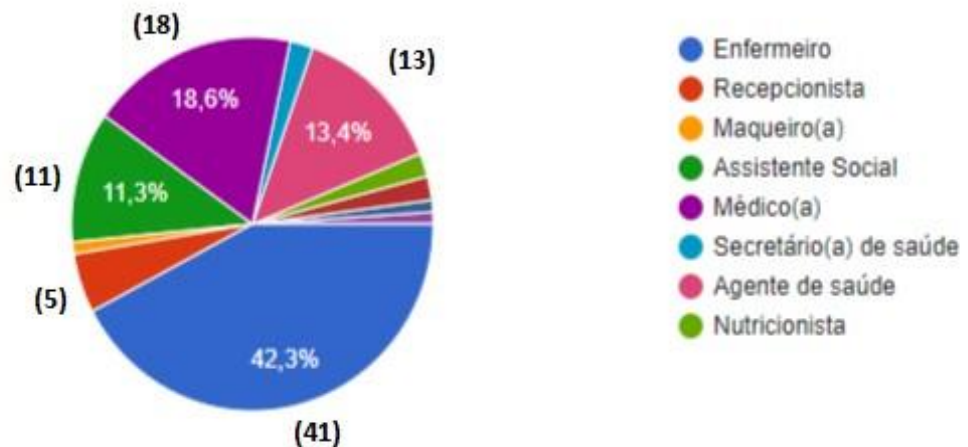


Gráfico 04 - Acolhimento em relação às demandas do usuário

Fonte: Produção própria deste estudo, 2018.

O acolhimento, enquanto uma Diretriz da PNH propõe acolher e reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde é construída de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva, através de uma escuta qualificada oferecida pela equipe de trabalho às necessidades do usuário.

Para tal fim, (Franco et al., 1999) partem dos seguintes princípios:

1. Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
2. Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.
3. Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Merthy (1994), afirma que uma das traduções de acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários.

Para entender os conceitos atribuídos ao termo acolhimento, recorri a alguns dicionários de língua portuguesa, a fim de verificar concordância com os atores já citados.

No Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa:

-ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, atenção consideração, consideração refúgio, abrigo, abrigo agasalho. E acolher significa: dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber: receber atender; atender dar crédito a; dar crédito dar ouvidos a; dar ouvidos admitir, admitir, aceitar; aceitar tomar em consideração; tomar em consideração atender all.

Dicionário Houaiss:

O termo acolhimento não existe, porém acolher significa -oferecer ou obter refúgio, oferecer ou obter refúgio proteção ou conforto físico. proteção ou conforto físico, ter ou receber (alguém) junto a si ter ou receber (alguém) junto ter ou receber (alguém) junto a si. Receber, admitir, aceitar. aceitar Dar crédito, crédito levar em consideração.

É interessante ressaltar que os sentidos conferidos às palavras acolhimento e acolher, não estão relacionadas diretamente às questões de saúde, mas podemos observar que alguns de seus significados, como: atenção, abrigo receber, atender, admitir, aceitar, dar ouvidos a, admitir, oferecer refúgio, proteção ou conforto físico, ter ou receber alguém junto a si físico, ter ou receber alguém junto a si.

De acordo com Nascimento (1978), o profissional de enfermagem colabora no planejamento e execução dos programas a serem desenvolvidos e pela intimidade com os problemas, é o elemento credenciado para identificar as necessidades do paciente, sendo o contingente humano de maior sensibilidade na promoção de saúde, e isso se dá pelo fato de que a equipe de enfermagem são os profissionais que mais tempo estão em contato com o paciente, desta forma, entende-se que o vínculo com o paciente é maior, e isso justifica o porcentual deste gráfico.

O gráfico seguinte refere-se à saúde como um direito humano a ser garantido pelo Estado, cujo artigo 196 dispõe que -A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do

risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário (...) (BRASIL, 1988).

Como aponta o gráfico a seguir, 99% (96) afirmam saber que a saúde é um direito humano garantido pelo Estado. Esse dado mostra que as pessoas entendem que saúde é dever do Estado, porém com a análise de outros gráficos relacionados a esta pesquisa, podemos perceber que esses direitos não estão sendo respeitados e que as pessoas estão cientes sobre esta violação.

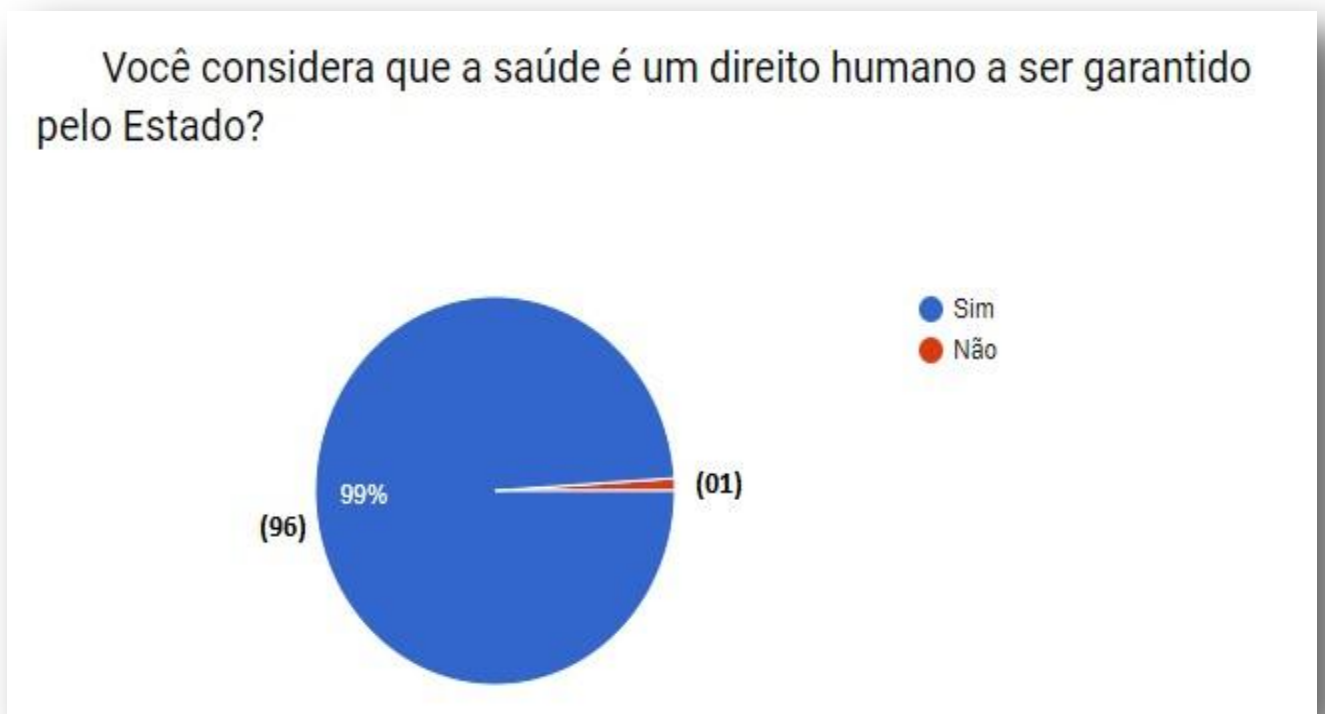


Gráfico 05 - Direito humano a ser garantido

Fonte: Produção própria deste estudo, 2018.

De acordo com Dallari (2009), a introdução da saúde no rol dos direitos sociais no Brasil foi, sobretudo, resultado da força dos movimentos populares no momento da redemocratização política, no final dos anos oitenta do século vinte. Esse foi um período de extrema importância para história do país, que até então a população não participava das decisões constitucionais.

Aplicar o direito à saúde no século vinte exige que se verifique em cada momento da deliberação e da execução da política sanitária a obediência à Constituição, tanto preservando o valor saúde nela conceituado quanto buscando ouvir o povo para definir as ações que concretamente garantirão a saúde naquela situação específica. Em suma, na sociedade contemporânea o direito à saúde exige tanto a

participação do Parlamento, legítimo representante dos interesses envolvidos tanto no processo de produzir e consumir quanto de controlar os riscos sanitários, como a participação dos cidadãos na elaboração e na implementação das normas e ações destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde. (DALLARI, 2009. p.14)

Nesta mesma obra, Dallari destaca que é de extrema relevância a participação das autoridades, quanto da população nas tomadas de decisão para planejar e executar as políticas de saúde que a estes são destinadas, Um dos grandes desafios para garantir o direito à saúde na atualidade, é exercer a democracia para que se possa desenvolver e executar a participação da população na tomadas de decisões na saúde, para isso, é preciso regularizar juridicamente essa participação popular. De acordo com AITH (2015), Conhecer quais são as possibilidades de participação democrática nas decisões estatais em saúde é, portanto, um passo importante para que possamos como mostramos no gráfico anterior, onde foi perguntado o compreender, aprofundar e ampliar os cânones de nossa democracia sanitária.

O SUS tem como princípios fundamentais a integralidade dos seus serviços, igualdade das ações, equidade, participação e controle social. Teoricamente falando é um grande avanço na a saúde publica, porém quando se fala em funcionalidade ainda existem grandes deficiências, desta forma, Pasche (2009, p. 704) diz que —há um SUS que dá certo e há problemas e contradições que precisam ser enfrentadosll.

De acordo com o gráfico, dos 97 (noventa e sete) respondentes, 93 (noventa e três) já vivenciaram situações de violação de direitos. Esses dados mostram também que existe um conhecimento da população quanto ao que é direito em saúde.

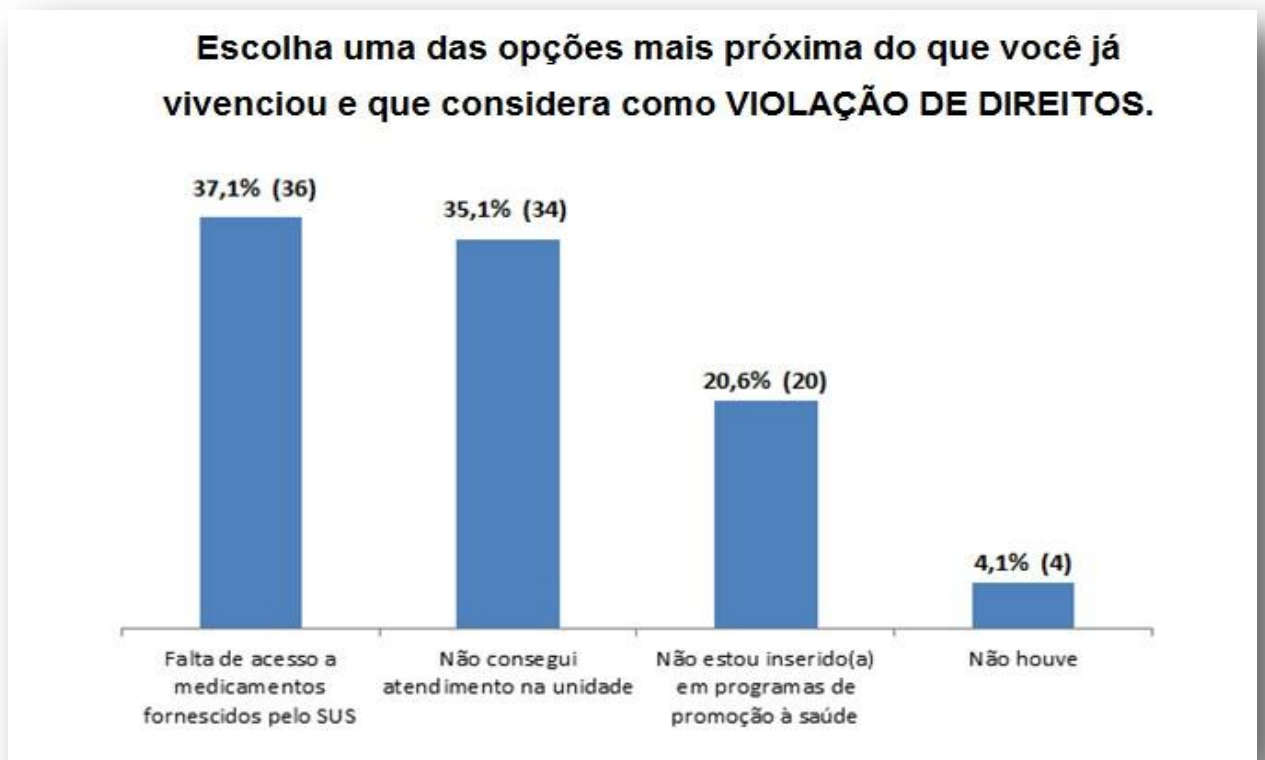


Gráfico 06 - Violação de direitos

Fonte: Produção própria deste estudo, 2018.

De acordo com (PACHECO in GARBIN apud DALLARI, 2004 p.4):

O Estado tem obrigação de prestar serviços acessíveis à população e de resolver os problemas de maneira eficaz. Deve-se lutar pela responsabilização do Estado em todos os aspectos da saúde. É necessária, portanto, a conscientização do indivíduo por meio da educação sanitária. A conscientização é imprescindível para a consecução dos direitos à saúde.

A saúde é um direito fundamental, de todo cidadão, resguardada pela CF, no entanto, continua, assim como tantos outros direitos fundamentais, sendo uma ideologia, algo distante de ser atingido, constantemente violada por políticas públicas que apesar dos avanços, continuam ineficazes, administrações corruptas, um sistema falho, um Estado omissivo que não atende a demanda da população.

Se a PNH surgiu com o objetivo de consolidar os princípios norteadores e fundantes do SUS, os quais são: integralidade, universalidade e equidade, entende-se que os princípios do sistema de saúde não estavam sendo efetivados e isso caracteriza violação de direitos.

Foi necessário criar-se uma política de humanização dentro do sistema para que o usuário seja atendido de forma humanizada, desta forma a PNH surgiu porque se constatou violação de direitos na política de saúde. Em outras palavras, é humanizar o que estava desumano e isso caracteriza a PNH como uma política contraditória a CF de 1988.

"A Política Nacional de Humanização - PNH surgiu com o objetivo de transformar o modelo de atenção e de gestão no serviço de saúde, mostrando a necessidade de construir novas relações entre usuários e profissionais da área..." Partindo desta afirmação você acha necessário que exista uma política para que se tenha um atendimento humanizado?

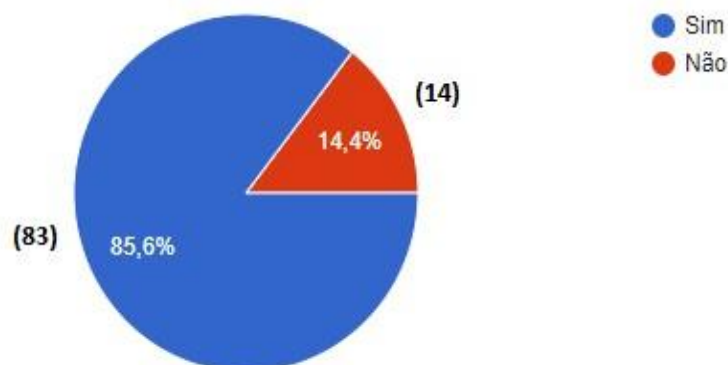


Gráfico 07 - Relevância da PNH

Fonte: Produção própria deste estudo, 2018.

Como mostra o gráfico, 85,6% (85) dos respondentes disseram achar necessário que exista uma política para humanizar o processo de trabalho. Da mesma forma que a constitucionalidade do SUS não garante por si só a efetivação de seus princípios, a estruturação de uma política de humanização também não é suficiente por si mesma. Se o SUS estivesse garantido por sua base legal, a própria PNH, nessa proposta, seria desnecessária, visto que seu maior objetivo é o de concretização do próprio SUS. Com isso entende-se que a PNH só existe nos documentos que a especificam e, ainda assim, há de se observar o quanto mesmo

dessa política escrita se modifica através de reformulações requisitadas e produzidas no cotidiano do fazer-saúde (MORCHAL; BARROS, 2014, p. 930).

Neste momento, os participantes tinham a opção de justificar, segue algumas falas dos participantes -A, -B, -C, -F, -E -F.

“Humanização deve partir do próprio ser humano e não de uma política que obrigue a ser humano” (PARTICIPANTE A)

“Pra ser "humano" jamais deveria existir uma política. Humanização é acolhimento.”(PARTICIPANTE B)

“Não acredito e não acho concebível que o atendimento humanizado deva ser entendido como política, parto do pressuposto de que a humanização deve ser algo intrínseco e indissociável na oferta dos Serviços/Direitos a saúde.”(PARTICIPANTE C)

“Não acho que tenha necessidade, visto que a humanização deveria estar presente nas relações sociais sem que precisasse de uma política para que os usuários de saúde sejam atendidos em sua totalidade e com respeito nas suas demandas. No entanto, diante da sociedade em que vivemos, a política de humanização é uma "garantia" para que nós tenhamos um atendimento mais humano, com respeito. O que deveria ser algo natural, fazendo parte das relações sociais.”(PARTICIPANTE D)

“Pra se ter humanização não precisa de política, precisa-se de profissionais que trabalhem com amor e dedicação a sua profissão”(PARTICIPANTE E)

“É lamentável que tenha que existir uma política para que as pessoas sejam como o próprio nome já diz "seres humanos", mas analisando como hoje em dia as pessoas estão menos despreocupadas umas com as outras e o descaso que toma conta das pessoas que são responsáveis pelo serviço de saúde, a política de humanização tem sido realmente necessária. A humanização tem que ser vista como o eixo das relações em geral, e principalmente no serviço de saúde, é o que pode possibilitar uma coexistência justa, é colocar-se no lugar do paciente, é o real do "ser humano".”(PARTICIPANTE F)

De acordo com estes participantes, a PNH é uma contradição, entendendo que o -homeml já é humanizado. A humanização não pode ser imposta através de uma política e sim algo que vem da essência do ser humano. O trabalho humanizado deveria ser um processo natural do homem, enquanto um ser humano.

De acordo com os participantes -GI e -HI, o usuário quer apenas ser tratado como um cidadão de direitos, tendo suas demandas atendidas de forma respeitosa e resolutiva por toda equipe da unidade.

“Não queremos declaração de amor nem tão pouco beijo na boca, necessário se faz um olho no olho uma atenção ao falar dispensar as atenções ao usuário naquele momento seja ele apenas pra dar uma informação assim como preencher uma ficha.” (PARTICIPANTE G)

“Ter atendimento humanizado vai além do simples atendimento medico paciente, deve se ter um bom atendimento em todo ambiente hospitalar, e isso não temos nunca em nosso País, temos desde recepcionistas mal preparados, que atendem o paciente muito mal, até o proprio médico que mal olha nos olhos, não toca no paciente, simplesmente os manda sentar e falar. Deve- se olhar o paciente como um todo, como um cidadão, sujeito de direito”.(PARTICIPANTE H)

Os representantes do governo federal, estadual e municipal devem se empenhar para que os direitos do cidadão sejam respeitados e todos aqueles que necessitarem deve ter acesso aos serviços de saúde para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.

De acordo com os participantes I, J e L, a PNH é necessária para que os usuários sejam atendidos de forma resolutiva e respeitosa, por entender que os direitos estão sendo violados e a PNH vem para contribuir na qualidade dos serviços prestados pelo SUS.

“Por que a partir do momento em que se tem no municipio uma Política que possa contribuir para o atendimento de qualidade e igualitário, torna-se o funcionamento, organização e atendimento ligados a área da saúde mais eficaz , pois, a partir do momento em que o usuario sente-se acolhido de maneira humanizada na unidade, conseqüentemente o mesmo sairá satisfeito, E para além da satisfação, o olhar em relação ao fornecimento da saúde com certeza será diferenciado.” (PARTICIPANTE I)

“Com a regulamentação de uma política é mais eficaz o processo de humanização do atendimento, não por vontade própria e sim pelo receio de sofrer penalidades” (PARTICIPANTE J)

“Se o SUS funcionasse da maneira correta não, mas infelizmente a nossa realidade é outra é diante disso se faz necessário a implantação de políticas específicas.” (PARTICIPANTE L)

A intenção desta política é implementar para melhorar o serviço público, e oferecer recursos humanos para um atendimento de qualidade ao usuário do sistema, e para isso apostam em mudanças no processo de trabalho que envolve o usuário, trabalhadores e gestão, porém, a violação de direitos continua existindo no SUS.

É um direito e um dever da sociedade participar das gestões públicas em geral e da saúde pública em particular; é dever do Poder Público garantir as condições para essa participação, assegurando a gestão comunitária do SUS.

A Lei nº 8.142/1990 dispõe sobre o papel e a participação da comunidade na gestão do SUS, sobre as transferências de recursos financeiros entre União, estados, Distrito Federal e municípios na área da saúde e dá outras providências. Institui as instâncias colegiadas e os instrumentos de participação social em cada esfera de governo. (BRASIL, 2009)

O objetivo da PNH é fazer a interação entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização.

O gráfico mostra que a população está ciente da sua importância na participação das tomadas de decisão para melhoria do atendimento no SUS.

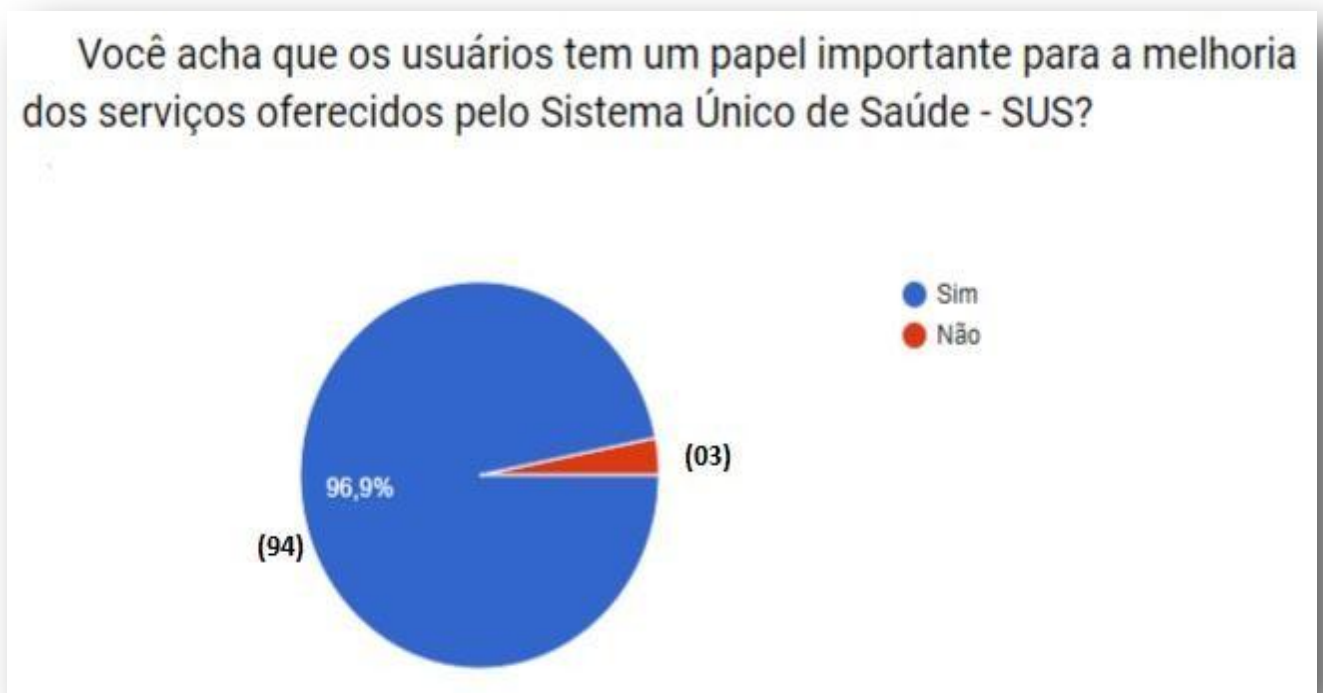


Gráfico 08 - Participação do usuário na melhoria da saúde

Fonte: Produção própria deste estudo, 2018.

Neste momento, os respondentes tinham a opção de justificar, segue algumas falas:

“É preciso fiscalizar e cobrar dos gestores quando a eventual irregularidade nos atendimentos prestados a população e também é fundamental usar os serviços prestados com responsabilidade e respeito aos profissionais.”

“Acredito que a defesa do SUS é uma tarefa de todos, Afinal ele é uma conquista da classe trabalhadora. Isso só acontece quando fiscalizamos os gestores públicos, participamos de conselhos de saúde e direito, e o mais importante, devemos ter a responsabilidade de saber quem elegemos nas urnas para nos representa”

“O usuário utiliza os serviços, estão vivenciando diariamente as lutas e necessidades do acesso à saúde. Se houvesse uma maior participação dos usuários e uma reflexão dos atores governamentais, com certeza a política de saúde, assim como outras, atenderia com maior eficiência a demanda da população. No entanto, o que vemos é a baixa participação dos usuários nas tomadas de decisões dos serviços, ficando sob a responsabilidade dos gestores que na maioria das vezes não reconhece/faz questão de viabilizar aquilo que a população usuária do serviço necessita.”

“O usuário é o principal agente mobilizador”

De acordo com o gráfico é entendido pelos respondentes que preciso incluir usuários e trabalhadores de forma coletiva e compartilhada para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o processo de trabalho.

As rodas de conversa, o incentivo às redes e movimentos sociais e a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças são ferramentas experimentadas nos serviços de saúde a partir das orientações da PNH. Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sócias familiares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si. (BRASIL, 2009)

As conferências e conselhos de saúde são algumas das formas de incluir a população nas tomadas de decisões, é um espaço de debate para avaliar a situação de saúde e propor possíveis mudanças.

Ao final do questionário, foi solicitado aos respondentes que definissem humanização, em apenas 01 (uma) palavra, as palavras mais citadas foram:



Figura 2: Expressões sobre humanização no município de Cruz das Almas-BA.

Quando se fala em humanização, é comum as pessoas associarem este termo a sensibilidade afetiva.

Humanização é uma expressão de difícil conceituação, tendo em vista seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Inserida no contexto da saúde, a humanização, muito mais que qualidade clínica dos profissionais, exige qualidade de comportamento. Dicionários da língua portuguesa definem a palavra humanizar como: tornar humano, civilizar, dar condição humana. Portanto, é possível dizer que humanização é um processo que se encontra em constante transformação e que sofre influências do contexto em que ocorre, só sendo promovida e submetida pelo próprio homem. (SIMOES et al., 2007)

Apesar da extensa produção científica sobre o tema e o desenvolvimento de políticas públicas ainda permanece confuso o conceito relativo à humanização da saúde e a determinação de sua aplicabilidade dentro da área.

Mais do que um conjunto de princípios idealistas para nortear as práticas em saúde dentro do sistema assistencial do país, o termo Humanização pressupõe uma conjuntura complexa de posturas e atividades que compreendem algumas modificações no setor saúde (...) (DESLANDES 2005, p. 389).

A humanização do atendimento implica em transformar o processo de trabalho, é a mudança no próprio modo de ver o usuário que tem direito de ter um serviço de qualidade e implica também investir no trabalhador para que ele tenha condições de prestar esse atendimento humanizado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas sociais no Brasil perpassam uma série de movimentos no sentido de suas implantações e corretas execuções. O SUS trouxe uma gama de benefícios que contemplam milhões de brasileiros e que trouxe de fato melhorias para todos os âmbitos da saúde, contudo, é notável as grandes falhas ainda presentes que lançam desafios principalmente sociais e políticos que dificultam a operacionalização correta dos princípios e diretrizes estabelecidas por esse sistema.

Com isso, a PNH vem com o objetivo de aprimorar uma dessas falhas, a humanização na saúde, necessária pelos princípios doutrinários do SUS, que muitas vezes provocam negligência, descaso, demora no atendimento, naturalização da dor, irresolução das demandas, falta de medicamentos, entre outros. Fato esse contraditório, uma vez que se faz necessária uma política para reafirmar o sentido de ser humano e conduzir os profissionais da saúde a atender os pacientes de uma forma humanizada, quando isso já deveria ser feito sem precisar ser conferido.

Para a compreensão desta política foi preciso contextualizá-la no âmbito do SUS, pois a PNH emerge como um importante avanço para o sistema de saúde. Entender a trajetória histórica do SUS e seus elementos conceituais foi extremamente significativo para entender as discussões em torno da humanização na saúde.

Em relação aos resultados encontrados a partir dos questionários aplicados, foi possível constatar que a maioria dos participantes eram mulheres, negras, jovens, e com nível superior em andamento.

Para a maioria dos participantes, ter saúde significa ter bons hábitos de vida e que a mesma deve ser um direito humano garantido pelo estado. Foi constatado também que entre os profissionais da saúde, o enfermeiro teve o melhor acolhimento em relação as suas demandas, além disso, a maioria dos participantes indicam que é necessário uma política para que se tenha um atendimento humanizado, contudo, de acordo com a justificativa dos mesmos, lamentam que tenha que existir uma política para humanizar o humano, como afirma o participante 12:

-É lamentável que tenha que existir uma política para que as pessoas sejam como o próprio nome já diz "seres humanos", mas analisando como hoje em dia as pessoas estão menos des preocupadas umas

com as outras e o descaso que toma conta das pessoas que são responsáveis pelo serviço de saúde, a política de humanização tem sido realmente necessária. A humanização tem que ser vista como o eixo das relações em geral, e principalmente no serviço de saúde, é o que pode possibilitar uma coexistência justa, é colocar-se no lugar do paciente, é o real do "ser humano".

Apesar de entenderem a necessidade da PNH, os dados da pesquisa mostram que esta política não está tendo funcionalidade, pois a maioria dos participantes afirma serem tratados de forma desrespeitosa quando atendidos nas unidades hospitalares, e entre as violações de direitos vivenciadas nesse contexto, foi destacado a falta de acesso aos medicamentos e falta de atendimento nas unidades. Isso já caracteriza violação de direito e ineficácia da PNH.

Da mesma forma que a constitucionalidade do SUS não garante por si só a efetivação de seus princípios, a estruturação de uma política de humanização também não é suficiente por si mesma. Se o SUS estivesse garantido por sua base legal, a própria PNH, nessa proposta, seria desnecessária, visto que seu maior objetivo é o de concretização do próprio SUS. Com isso entende-se que a PNH só existe nos documentos que a especificam e, ainda assim, há de se observar o quanto mesmo dessa política escrita se modifica através de reformulações requisitadas e produzidas no cotidiano do fazer-saúde (MORCHAL; BARROS, 2014, p. 930).

Nesse sentido, conclui-se que são muitas as falhas presentes no sistema de saúde brasileiro como um todo, o que reflete diretamente na saúde do povo brasileiro e conseqüentemente na vida dos mesmos. São necessárias mais discussões, pesquisas e movimentos voltados para a garantia dos direitos da saúde dos brasileiros, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos mesmos e com isso, o país.

De acordo com o CFESS (2009), O assistente social é um ator de extrema importância no SUS, cabe a ele, formular estratégias que busquem discutir a política de saúde e traçar alternativas para a garantia dos direitos sociais, debatendo sobre significado da humanização com a equipe, com o propósito de evitar visões distorcidas que levem a uma percepção romântica ou residual da atuação, focalizado somente na escuta e redução de tensão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁVILA, Heleni Duarte Dantas. **A construção do SUS na Bahia: uma história da sua implementação-1992 a 2006**. Tese (Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva – ISC, Universidade Federal da Bahia. Salvador-Bahia, p.85.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. **Humanização na saúde: um novo modismo?**. 2005.

BORGES, Camila Santos. **UM ESTUDO QUALITATIVO SOBRE A REDUÇÃO DA MAIORIDADE PENAL A PARTIR DA REDE DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE CRUZ DAS ALMAS**. 2014. 87p. Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – Centro de Artes Humanidades e Letras, Cachoeira.

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

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Dados municipais. Disponível em:<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/Rlv3/geral/index.php>. Acesso em 10 de outubro de 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Disponível em:<http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome_Por_Estado_Municipio.asp?VEstado=29&VMun=290490>. Acessado em 22/08/2018

_____, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: 2000.

_____. Casa Civil. **Decreto nº 7508/2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Diário Oficial da União Brasília, DF, 29. Jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas instâncias do SUS**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde. Projeto do curso de formação de apoiadores para a PNH**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH: acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo.** 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4. ed. Brasília: Editora MS, 2008.

_____. **Política Nacional de Humanização – PNH. Humaniza SUS.** 1º Edição. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf>. Acesso em: 26 Jul. 2018.

_____. Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal. Hospital Regional da Asa Sul. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHHA: relatório do Grupo de Trabalho de Humanização.** Brasília: 2002

BRAVO, Maria Inês Souza et al. Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, v. 3, p. 88-110, 2006.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan./ fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100017>. Acesso em: 25 Jul 2018.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_1_8.pdf>. Acesso em: 24 Jul. 2018.

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

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL & CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Assistência Social.** Brasília: CFESS/ CFP, 2009.

CONTREIRAS H, MATTA GC. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cad Saúde Pública* 2015; 31:285-97

CORREIA, M.V.C. **Por que ser Contra aos Novos Modelos de Gestão no SUS. In: Cadernos de Saúde. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade.** Rio de Janeiro: Pela Saúde: projeto políticas públicas de saúde/FASSO/UERJ, AdUFRJ. 2011.

DALLARI, S. A construção do direito à saúde no Brasil . **Revista de Direito Sanitário**, v. 9, n. 3, p. 9-34, 1 nov. 2008.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Revista de saúde pública**, v. 22, p. 57-63, 1988.

DESLANDES, Suely Ferreira. **O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade**. 2005.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa**. Curitiba: Positivo, 2008.

FEUERWERKER, Laura. Modelos tecno assistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface**. 2005, vol.9, n. 18, pp. 489 - 506.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.2, n.15, p.345-53, 1999.

GELAIN, I. J. Humanização do hospital. **Rev Paul Hosp**, v. 16, n. 1, p. 3-7, 1968.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do and ARAUJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.3, pp.565-574. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>.

GOUVEIA, R. N. A. **Promoção da saúde materna**. Salvador: Bahia, S.A. Artes Gráficas, 1960.

JUNIOR, I F. B.; SILVA, Z. P. Reforma do Sistema de Saúde e as novas atribuições do gestor estadual. São Paulo **Perspec. [online]**. 2004, vol.18, n.3, pp.47-56. ISSN 0102-8839. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300006>. Acesso em: 24 Jul. 2018.

MAZZA, W. P. **O desmonte do Estado Social não é solução para a crise financeira e política**, 2016.

MENDES, René. **Patologia do Trabalho**. 3. ed. - São Paulo: Editora Atheneu, 203. v. 2.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) *Inventando a mudança em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

MINAYO, M.C. de S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MIRANDA, Valéria dos Santos Noronha. A Conexão da Gestão com a Política Nacional de Humanização da Saúde: a Experiência Desenvolvida no Hospital Municipal Odilon Behrens/Belo Horizonte-Mg. **Blucher Medical Proceedings**, v. 1, n. 2, p. 21-21, 2014.

MOLESINI, Joana Angelica Oliveira. **A Reforma Sanitária na Bahia: um lugar na história** (1987 a 1989). 2013.

MORAIS, Ana Maria Santana. **A humanização na área da saúde [manuscrito]: uma proposta reflexiva para o Serviço Social/ Ana Maria Moraes Santana**. 92 f. Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Serviço Social, Goiânia, 2016

NASCIMENTO, Zélia P. — O Enfermeiro — Membro da Equipe Multiprofissional. *Rev. Paulista de Hospitais*, São Paulo, 24 (5):213-15, maio/1976

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F e BOGUS,C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. In: **Revista Saúde e Sociedade** v.13, n.3, p.44-57, set-dez 2004.

NORONHA, Kenya Valeria MS et al. **Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro**. Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais, 2002.

OLIVEIRA, Welson Barbosa. **Mercantilização da Saúde e Precarização do SUS: Os Rebatimentos no Hospital de Casemiro de Abreu-RJ**. 2014. 60p. Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social, Social da Universidade Federal Fluminense, Polo Universitário de Rio das Ostras, Rio das Ostras.

ONU 1948. Declaração Universal dos Direitos do Homem. Disponível em: <www.who.int/entity/genomic/elsi/en>. Acesso em: 24 Jul. 2018.

PAIM, J.S **Direito a Saúde, cidadania e Estado**. In: 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE., Brasília. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987 p. 45-59.

PASCHE, Dário Frederico. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 701-708, 2009.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. **A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde**. 2008.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4541-4548, 2011.

SANTANA, Alino Matta. O Livro do Centenário 1897-1997 Marcos do Progresso de Cruz das Almas. Cruz das Almas – Bahia: Bureau, 1997


SANTOS, Tiago Silva dos. **-Só passando pra saber”: os desafios enfrentados pelos acompanhantes de idosos hospitalizados**. 2018. 86p. Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – Centro de Artes Humanidades e Letras, Cachoeira.

SILVA, M. V. S. A relevância estratégica da Política Nacional de Humanização - PNH no âmbito dos municípios: reais possibilidades de sua implantação na Atenção Básica, da cidade de Alagoinhas- BA. 2012. p.102 Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – Centro de Artes Humanidades e Letras, Cachoeira.

SUCESSO EB. Qualidade de Vida: sonho ou possibilidade? . São Paulo: ABQV – Associação Brasileira de Qualidade de Vida; 2005 Disponível em:
<http://www.abqv.org.br/artigos.php>

APÊNDICE A – Convite divulgado nas redes sociais para participação da pesquisa

VOCÊ É MORADOR DE CRUZ DAS ALMAS, E GOSTARIA DE PARTICIPAR DE UMA PESQUISA SOBRE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE?



COLETA DE DADOS PARA TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DA DISCENTE **GEIZA DA SILVA DE ARAÚJO**, ORIENTADA PELA DOCENTE **SILVIA DE OLIVEIRA PEREIRA**. A RESPOSTA AO QUESTIONÁRIO É DE LIVRE ADESÃO, CONFIDENCIAL E DURA APROXIMADAMENTE **5MINUTOS.**

SUA PARTICIPAÇÃO É MUITO **IMPORTANTE.**

OBRIGADA!

APÊNDICE B – Resposta enviada para as pessoas que responderam SIM para o convite.

Obrigada pelo contato!

O questionário faz parte da coleta de dados do meu trabalho de conclusão de curso, de Serviço Social /UFRB, sob a orientação da Professora Dr^a Silvia Pereira.

A pesquisa realizada tem como objetivo discutir o cuidado em saúde, a partir da Política Nacional de Humanização (PNH) e compreender o que a população Cruzalense entende sobre humanização no Sistema Único de Saúde (SUS).

Destacamos que essa pesquisa é exclusivamente para moradores do município de Cruz das Almas - BA e para maiores de 18 anos de idade.

Segue link: <https://goo.gl/forms/CjNaK1VhHTpBcaOz1>

O tempo médio para responder é de 5 minutos.

Desde já agradecemos a colaboração.

APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados

HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE: Relevância, Contradições e Expressões no Município de Cruz das Almas.

Você está sendo convidadx a responder este questionário que faz parte da coleta de dados do trabalho de conclusão de curso, da discente Geiza da Silva de Araújo, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Artes Humanidades e Letras do curso de Serviço Social, sob a orientação da Professora Dr^a Sílvia de Oliveira Pereira. A pesquisa realizada tem como objetivo discutir o cuidado em saúde, a partir da Política Nacional de Humanização (PNH) e compreender o que a população Cruzalmense entende sobre humanização no Sistema Único de Saúde (SUS).

Destacamos que essa pesquisa é exclusivamente para moradores do município de Cruz das Almas-BA e para maiores de 18 anos de idade.

Caso você concorde em participar da pesquisa tenha atenção aos seguintes pontos: Você é livre para se recusar a terminar de responder a qualquer momento\ Caso o seu perfil não se encaixe para está pesquisa, você só conseguirá ir até a segunda questão.\Sua identidade será mantida em sigilo\ Não há nenhum risco nesta coleta de dados\ Está pesquisa tem como benefício à produção de conhecimento sobre o tema\ Você poderá ser informadx dos resultados obtidos com a pesquisa, caso tenha interesse. Este questionário é de preenchimento individual e as respostas são confidenciais.

Desde já agradecemos a colaboração.

CRITÉRIOS PARA PARTICIPAÇÃO

1. Em qual município você reside/mora? *

- Cruz das Almas – BA
- Outro: (A pesquisa é finalizada, pois não se encaixa como perfil da pesquisa)

Perfil do usuário do SUS.

Nesta seção tentaremos traçar o perfil dos entrevistados - usuários do SUS.

2. Identifique seu sexo. *.

- Masculino
- Feminino
- Outro:

3. Como você se descreve em termos de cor/raça? *

- Branca
- Preta
- Parda
- Indígena
- Amarela

4. Qual a sua faixa etária (idade)? *.

- 18 a 25 anos
- 26 a 30 anos
- 31 a 40 anos
- 41 a 50 anos
- 51 a 59 anos
- 60 ou mais

5. Qual seu grau de escolaridade? *

- Fundamental incompleto
- Fundamental completo
- Médio incompleto
- Médio completo
- Superior incompleto
- Superior completo
- Pós Graduação

6. Qual a sua atual ocupação? *.

- Desempregado (a)
- Empregado (a) Setor Público
- Empregado (a) Setor Privado

- Autônomo (a)/Liberal Estudante
- Do lar

7. Qual a sua renda, mensal, em salário mínimo? *

- Não tenho renda
- Menos de 01 salário mínimo 01 salário mínimo
- 02 a 03 salários mínimos
- 04 a 05 salários mínimos
- Mais de 05 salários mínimos

Concepção sobre Política de Saúde e Humanização

8. Das opções a seguir, cite a situação mais comum que você já vivenciou na saúde, quanto à cordialidade, respeito e resolução das demandas. *.

- Fui atendido (a) no horário, com respeito, atenção e tive todas as minhas demandas atendidas.
- Fui atendido (a) no horário, com respeito, atenção, mas não tive minhas demandas atendidas naquele momento, fui apenas orientada para resolver posteriormente.
- Fui atendido (a) no horário, com respeito, atenção, mas não tive minha demanda atendida nem fui orientada a resolver.
- Fui atendido (a) de forma desrespeitosa, fora do horário, mas tive minha demanda atendida.

9. Quais dessas concepções você considera a mais próxima da concepção de saúde? *

- Não ficar doente
- Viver por muitos anos com poucas doenças Ter bons hábitos de vida
- Ter acesso a serviços para tratamento quando precisar

10. Quanto aos profissionais de saúde, qual você considera que tem ou teve o melhor acolhimento em relação as suas demandas? *

- Enfermeiro
- Recepcionista
- Maqueiro (a)

- Assistente Social
- Médico (a)
- Secretário (a) de saúde
- Agente de saúde
- Nutricionista
- Copeira Outro:

11. Você considera que a saúde é um direito humano a ser garantido pelo Estado? *

- Sim
- Não

12. Caso sua resposta anterior tenha sido positiva, escolha uma opção que você já vivenciou e considera como GARANTIA DE DIREITOS. *

- Estou inserido (a) em alguns dos programas de saúde.
- Participei ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva
- Além de ter demandas atendidas, tenho acesso a associações e aos direitos básicos como educação, saneamento básico, atividades culturais e segurança.
- Apenas em ter minhas demandas atendidas

VIOLAÇÃO DE DIREITOS. *

13. Escolha uma das opções mais próxima do que você já vivenciou e que considera como VIOLAÇÃO DE DIREITOS.

- Não estou inserido em programas de promoção a saúde Não consegui atendimento na unidade
- Não consegui atendimento
- Falta de acesso a medicamentos gratuitos pelo SUS
- Não houve Outro:

14. "A Política Nacional de Humanização - PNH surgiu com o objetivo de transformar o modelo de atenção e de gestão no serviço de saúde, mostrando a necessidade de construir novas relações entre usuários e profissionais da área..." Partindo desta afirmação você acha necessário que exista uma política para que se tenha um atendimento humanizado? *

- Sim
- Não

Justifique sua resposta.

15. Você acha que os usuários tem um papel importante para a melhoria dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS?

- Sim
- Não

Por que/como?

16. Com qual frequência você procura atendimento em uma unidade de saúde do SUS de Cruz das Almas - BA?

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensalmente
- Anualmente
- Apenas em caso de emergência
- Não Procuro
- Outro:

Considerações finais

Defina HUMANIZAÇÃO com apenas 01(uma) palavra. *

O que você achou do tema aqui abordado?

Deixe seu EMAIL, caso tenha interesse em receber o resultado desta pesquisa.
